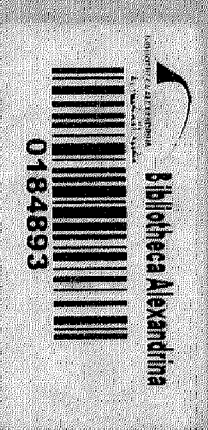


الاضطرابات السلوكية والانفعالية

د. خولة أحمد يحيى

قسم الإرشاد والتربية الخاصة

كلية العلوم التربوية - الجامعة الأردنية



دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع

الاضطرابات السلوكية والانفعالية

رقـــــم التـــصـــنيف : 555.45
رقم الايداع لدى دائرة المكتبة الوطنية : 2000/4/1554
المـؤلـــف ومن هـــو في حكمه : حولة احمد يحيى
عـــنـــوان الـــكـــتـــاب : الاضطرابات السلوكية والانفعالية
الموضـــوع الـــرئـــيسي : 1- سيكولوجية الاطفال
2-
بيـــانات الـــنـــشـــر : عمان - دار الفكر
* - تم اعداد بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

الطبعة الأولى
1421هـ - 2000م



دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع
سوق البتراء (الحجيري) - هاتف ٤٦٢١٩٣٨
فاكس ٤٦٥٤٧٦١ ص.ب ١٨٣٥٢٠ عمان ١١١١٨ الأردن
Hussein Mosque
Tel. : 4621938 Fax: 4654761
P.OBox: 183520 - Amman - 11118 Jordan

ISBN 9957-07-159-9 (ردمك)

الاضطرابات السلوكية والانفعالية

الدكتورة خولة أحمد يحيى

قسم الارشاد والتربية الخاصة
كلية العلوم التربوية
الجامعة الاردنية

الطبعة الأولى

2000 م - 1421 هـ

دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع - عمان

مقدمة

يتصف الأطفال المضطربون سلوكيا وانفعاليا بعدم القدرة على إقامة علاقات صداقة مع الأفراد المحيطين بهم، لذا فإننا نرى أن بعضهم انسحابي لا يميل إلى التفاعل مع الآخرين، ومثل هذه العزلة الاجتماعية عادة ما تكون مفروضة عليهم من ذواتهم. إضافة إلى ذلك، هناك عوامل تساهم في ابتعاد الآخرين عن هؤلاء الأطفال المضطربين، حيث إنهم يندفعون نحو السلوكات العدوانية، والإيذاء، وعدم المسؤولية، والميل إلى السيطرة، والمشاكسة. هذا من جهة ومن جهة أخرى فإن جزءا من المسؤولية يقع على عاتق الكبار، حيث إنهم لا يمضون وقتا بصحبة هؤلاء الصغار، وإن حدث وأمضوا جزءا من وقتهم وبادر أيّ من هؤلاء بإبداء سلوك مضطرب، عمدوا إلى عقابه! . لذلك فمن غير المستغرب أن يصبح هؤلاء الأطفال مشوشين، محاولين إفساد كل ما يحيط بهم مع أي فرد قريب منهم.

وهكذا، فالمشكلة لا تكمن فقط في سلوك الطفل أو في البيئة المحيطة به، ولكن تنبع أهميتها من حيث عدم وجود علاقة تفاعلية ملائمة بين الطفل وبيئته.

عندما نتحدث عن الاضطرابات السلوكية والانفعالية، فإن ذلك يشمل أفرادا عاديين تظهر لديهم الاضطرابات السلوكية والانفعالية في فترة ما من فترات حياتهم، نظرا للظروف البيئية المحيطة بهم، إلا أن ذلك لا يعني أنهم مضطربون، لذلك يجب قبل تسمية الاضطراب السلوكي والانفعالي أو تصنيفه لدى الفرد الأخذ بعين الاعتبار المتغيرات التالية: تكرار السلوك، وشدته، ومدته.

ويتناول هذا الكتاب ستة فصول، حيث يركز الفصل الأول على:

- التعريف والتصنيف.
- تاريخ الاهتمام بالمضطربين سلوكيا وانفعاليا.

- الانتشار (نسبة وجودهم) والمتغيرات التي لها علاقة : العمر، والجنس، والذكاء، والتحصيل.
- الاستمرارية.
- أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية بشكل عام.

فيما يركز الفصل الثاني على أبرز النظريات التي تبحث في أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وهي:

- النظرية السلوكية.
- النظرية البيئية.
- النظرية البيوفسيولوجية.
- النظرية التحليلية.

وقد خصص الفصل الثالث لصفات الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا، ضمن العناوين التالية:

- الصفات الانفعالية والاجتماعية.
- خصائص عامة للمضطربين سلوكيا وانفعاليا على مختلف فئاتهم.
- خصائص خاصة بالأطفال المضطربين سلوكيا والمعوقين انفعاليا بدرجة شديدة واعتمادية.
- الكشف، والتعرف، والتشخيص والتقييم.
- إجراءات الكشف والتعرف: تقديرات المعلمين، وتقديرات الوالدين، وتقديرات الأقران، وتقدير الذات، والتقديرات المتعددة.
- التعرف والتشخيص في الجوانب الأكاديمية.

- الأساليب والأدوات المستخدمة في الجوانب التربوية : الملاحظة المباشرة للسلوك ، والاختبارات والتقييم التشخيصي في جوانب الصحة العقلية .

وقد أتبعت ذلك بالحديث عن الخدمات المقدمة للأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا ، فصنفتها في الخدمات التالية أنواعها :

- الخدمات التربوية .
- الخدمات النفسية وخدمات الطب النفسي .
- الخدمات الطبية .
- الخدمات الاجتماعية .

وقدمت أخيرا نماذج للخدمات المقدمة للمضطربين سلوكيا وانفعاليا .

أما الفصل الخامس فقد تناول موضوع ضبط سلوك المضطربين سلوكيا وانفعاليا وبخاصة في المجال الصفي ، ضمن المفردات التالية :

- الإدارة الصفية والنظام الصفي .
- المشكلات السلوكية لدى الطلاب .
- المظاهر الشائعة للمشكلات السلوكية لدى الطلاب .
- مصادر المشكلات الصفية .
- أساليب معالجة المشكلات الصفية :

1 . استراتيجية تعديل السلوك لمعالجة المشكلات الصفية .

2 . استراتيجيات أخرى لضبط السلوك الصفي ، من مثل :

أ . الاستراتيجية التطورية .

ب . الاستراتيجية البيئية .

ج. الاستراتيجية النفسية الدينامية.

د. الاستراتيجية النفسية التربوية.

- إدارة الصف في المدرسة العادية.
- أنظمة صفوف المضطربين الأخرى.
- الاعتبارات التربوية في تدريس المضطربين بدرجة شديدة.
- الاعتبارات التربوية في تدريس المضطربين بدرجة بسيطة ومتوسطة.
- الاعتبارات التربوية عند دمج المضطربين في المدارس العادية.

ويأتي الفصل السادس موضحا ومفصلا لبعض أشكال الاضطرابات السلوكية والانفعالية، من مثل:

- النشاط الزائد.
- العدوان.
- الانسحاب.
- التوحد.

الكتاب ليس موجها نحو القارئ المختص فحسب، بل هو موجه إلى كل من له صلة بالسلوك كالمعلمين والمعلمات والآباء والأمهات والمرشدين والمرشدات والقارئ العادي.

وإنني إذ أقدم هذا الكتاب لأرجو من الله أن يوفقني ويسدد خطاي ويحقق رغبتي المتمثلة في أن يجد القارئون في ثنايا سطوره ما يساعدهم على تفهم الأنماط السلوكية الصادرة عن الأفراد، تمهيدا لمساعدتهم في تجاوز ما ينجم عنها عن مشكلات.

والله ولي التوفيق

المؤلفة

الفهرس

الفصل الأول

- المقدمة.
- التعريف والتصنيف.
- تاريخ الاهتمام بالمضطربين سلوكيا وانفعاليا.
- الانتشار (نسبة وجودهم) والمتغيرات التي لها علاقة: العمر، والجنس، والذكاء، والتحصيل.
- الاستمرارية.
- أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية بشكل عام.

مقدمة

لقد بُذلت جهود مختلفة لتحديد ماهية السلوك العادي وتعريفه، وما هو السلوك المنحرف من قبل كلاريزيو ومكوي (Clarizio & MCcoy , 1993)، وقد اقترحا استخدام المحكات التالية لتقييم التعريفات المتعلقة بالاضطراب السلوكي والانفعالي وهي:

- المستوى النمائي للفرد .
- الجنس .
- المجموعة الثقافية التي ينتمي إليها الفرد .
- مستوى التساهل أو التسامح لدى الأفراد القائمين على رعاية الطفل .

لقد ظهرت تعريفات متعددة تطرقت لتحديد الاضطرابات السلوكية والانفعالية وتعريفها لدى كل من الأطفال والشباب التي حددت من قبل الأطباء، والأطباء النفسيين، والمربين، والأخصائيين النفسيين والقانونيين. وقد استخدمت تسميات وتعريفات مختلفة تتعلق بالاضطرابات السلوكية منها:

سوء التكيف الاجتماعي	Social Maladjustment
الاضطرابات الانفعالية	Emotionally Disturbances
الاضطرابات السلوكية	Behavior Disorders
الإعاقة الانفعالية	Emotionally Handicap
الانحراف	Delinquent

التعريف DEFINITION

لا يوجد تعريف عام ومقبول للاضطرابات السلوكية والانفعالية. وخلال الثلاثين عاما الأخيرة، ظهر عدد من التعريفات من قبل التربويين والأخصائيين النفسيين. ويعود عدم وجود تعريف واحد متفق عليه بشكل عام إلى أسباب متعددة، فقد أشار كل من هالاهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 1982) إلى تلك الأسباب وهي:

1. عدم توفر تعريف محدد ومتفق عليه للصحة النفسية.
2. صعوبة قياس السلوك والانفعالات.
3. تباين السلوك والعواطف.
4. تنوع الخلفيات النظرية والأطر الفلسفية المستخدمة.
5. تباين التوقعات الاجتماعية الثقافية المتعلقة بالسلوك.
6. تباين الجهات والمؤسسات التي تصنف الأطفال المضطربين وتخدمهم.

ومن التعريفات الأكثر قبولا للاضطرابات السلوكية والانفعالية الذي حصل على دعم كبير هو الذي طوره بور (Bower, 1969, 1978) وأدخل في قانون تعليم الأفراد المعوقين، ويستخدم مصطلح الإعاقة الانفعالية في وصف هؤلاء الأطفال، ويعني المصطلح وجود صفة أو أكثر من الصفات التالية لمدة طويلة من الزمن لدرجة ظاهرة وتؤثر على التحصيل الأكاديمي، وهذه الصفات هي:

1. عدم القدرة على التعلم، التي لا تعود لعدم الكفاية في القدرات العقلية أو الحسية أو العصبية أو الجوانب الصحية العامة.
2. عدم القدرة على إقامة علاقات شخصية مع الأقران والمعلمين أو الاحتفاظ بها.
3. ظهور السلوكات والمشاعر غير الناضجة وغير الملائمة ضمن الظروف والأحوال العادية.

4. مزاج عام أو شعور عام بعدم السعادة أو الاكتئاب.

5. النزعة لتطوير أعراض جسمية مثل: المشكلات الكلامية، والآلام، والمخاوف، والمشكلات المدرسية.

كما وضع هيوت (Hewett, 1968) تعريفا آخر حدد فيه الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا على أساس أن المضطرب هو الفاشل اجتماعيا وغير المتوافق في سلوكه وفقا لتوقعات المجتمع الذي يعيش فيه، إلى جانب جنسه وعمره.

أما وودي (woody, 1969)، فقد عرّف الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا بأنهم: غير القادرين على التوافق والتكيف مع المعايير الاجتماعية المحددة للسلوك المقبول، وبناء عليه سيتأثر تحصيلهم الأكاديمي، وكذلك علاقاتهم الشخصية مع المعلمين والزملاء في الصف، إضافة إلى ذلك، فإن هؤلاء الأطفال لديهم مشكلات تتعلق بالصراعات النفسية وكذلك بالتعلم الاجتماعي، ووفقا لذلك فإن لديهم صعوبات في: تقبل أنفسهم كأشخاص جديرين بالاحترام، والتفاعل مع الأقران بأنماط سلوكية منتجة ومقبولة، والتفاعل مع أشكال السلطة كالمعلمين والمربين والوالدين بأنماط سلوكية شخصية مقبولة، كذلك الانجذاب نحو ما هو عادي- عاطفي ومؤثر ونفسي حركي وأنشطة التعلم المعرفي دون صراع.
ولأغراض البحث العلمي قام كلٌّ من كراكوس وميلر (Kuaraceus & Miller) بوضع تعريف للأحداث المنحرفين والمنتهكين للقوانين الرسمية ضمن مجموعة من المتغيرات.وهي:

1. مدى خطورة انتهاكه أو الاعتداء عليه.

2. شكل الانتهاك أو نوعيته.

3. تكرار الانتهاك.

4. سلوكه الشخصي ونمط شخصيته سابقا.

وفي رأيهما أن هناك ثلاثة متغيرات أساسية يجب أخذها بعين الاعتبار في عملية تصنيف الأطفال والشباب ذوي الاضطرابات وهي:

1 . مدى انجذاب الشخص نحو السلوك المنحرف .

2 . درجة الحكم على السلوك المنحرف بأنه مرضي .

3 . الطبقة الاجتماعية التي ينتمي إليها الفرد . (Smith & Luckasson, 1992)

أما كوفمان (Kauffman, 1977) فقد وصف الأطفال المضطربين بأنهم من يظهرون سلوكات شاذة نحو الآخرين، والذين تظهر عليهم سلوكات غير مقبولة وغير متوافقة مع البيئة المحيطة بهم ومع مجتمعهم، كما أن توقعاتهم بالنسبة لأنفسهم وللآخرين غير صحيحة .

وعلى الرغم من الاختلاف بين التعريفات إلا أنها تتفق على أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية تشير إلى :

- الفرق بين السواء واللاسواء هو فرق في الدرجة لا فرق في النوع .
- المشكلة مزمنة وليست مؤقتة .
- السلوك يعتبر مضطربا وغير مقبول وفقا للتوقعات الاجتماعية والثقافية .

التصنيف Classification

كما لا يوجد اتفاق على تعريف محدد للاضطرابات السلوكية والانفعالية، أيضا لا يوجد اتفاق على أسلوب أو طريقة معتمدة في التصنيف، إلا أنه يمكن وضع الأفراد المضطربين ضمن مجموعات تصنيفية متجانسة طبقا لنوع المشكلات التي يواجهونها .

هناك مشكلات جوهرية واجهت عملية تصنيف الأطفال المضطربين ومنها :

- افتقار النظام التصنيفي لعناصر الثقة والفعالية .
- الاعتبارات القانونية الخاصة (قد يتعارض التعريف القانوني للأطفال المضطربين مع التعريفات النفسية والطبية، مما يدفع الجهات القانونية إلى رفض قضية التصنيف) .
- التباين بين أنظمة تصنيف الراشدين والأطفال .

ونظرا للانتقادات التي وجهت إلى أنظمة التصنيف السابقة التي اعتمدت على التعريفات والجوانب الطبية والسيكولوجية والقانونية، فقد عمد كوي (Quay,1975) إلى وضع نظام تصنيفي متعدد الأبعاد (Dimensional approach) يعتمد على تقديرات الوالدين والمعلمين للسلوك، وتاريخ الحالة، واستجابة الطفل على قوائم التقدير. ويتألف تصنيف كوي من أربعة أبعاد وهي:

1. اضطرابات التصرف Conduct disorders (عدم الثقة بالآخرين).

2. اضطرابات الشخصية Personality disorders (الانسحاب، القلق، الإحباط).

3. عدم النضج Immaturity (قصر فترة الانتباه، الاستسلام، الأحلام).

4. الانحراف الاجتماعي Socialized delinquency (السرقة، الإهمال، انتهاك القانون والمجموعات المنحرفة) (سرطاوي وسيسالم، 1987).

هناك تصنيف طبي نفسي وتصنيف تربوي وعلى المعلمين أن يكونوا على دراية بكلا التصنيفين، وذلك لوضع خطة تربوية فردية من قبل الفريق، ويظهر الجدول التالي المقارنة بينهما:

التصنيفات الطبية النفسية	التصنيفات التربوية
1. اضطراب تطور اللغة	1. اضطرابات الاتصال
2. اضطرابات فصامية	2. إعاقة انفعالية شديدة
3. اضطراب الاكتئاب بعد حادث معين	3. اضطراب السلوك
4. اضطراب تطور القراءة	4. اضطراب القدرة على التعلم.

وتتصف الاضطرابات السلوكية والانفعالية بشكل عام بأنها سلوكات خارجية أو سلوكات داخلية، حيث تكون السلوكات الخارجية موجهة نحو الآخرين، مثل: العدوان، والشتم، والسرقة، والنشاط الزائد. بينما تكون السلوكات الداخلية بصورة اجتماعية

انسحابية مثل: فقدان الشهية أو الشره المرضي، والاكتئاب، والانسحاب، والمخاوف المرضية، والصمت الانتقائي.

تؤثر الاضطرابات السلوكية والانفعالية على حياة الطفل بشكل كبير، حيث تؤثر على علاقته مع أفراد الأسرة والأصدقاء والرفاق والتحصيل الأكاديمي. وبدون تدخل مؤكد، فإنه سيعيش في ألم انفعالي وعزلة، وسيترك المدرسة ويندمج في سلوكات ضد المجتمع. وقد أثبتت الدراسات أن التدخل في المدرسة من خلال تقديم الخدمات المناسبة يساعد الأفراد في تحسين مستواهم الأكاديمي، وتقوية علاقاتهم، والوصول إلى علاقات أفضل مع الآخرين. (Smith & Luckasson,1992)

تاريخ الاهتمام بالمضطربين سلوكيا وانفعاليا

لقد تمّ التعرف على الاضطرابات السلوكية والانفعالية عبر التاريخ، ومع ذلك فقد اختلف هؤلاء حول تحديد الأسباب، واعتقد البعض أن بهم مسّا من الشيطان، أو أنهم أقدموا على سلوكات خاطئة، أو أنهم كسالى. واعتقدت المجتمعات أن هذه السلوكات معدية، وعكست طريقة العلاج هذه المعتقدات التي تضمنت العقاب الشديد، والحبس، والضرب، والتقييد بالسلاسل وغيرها (Kauffman,1977).

لقد أنشئت أول مؤسسة للعناية بهم في لندن عام 1547، وكانت تعرف رسميا باسم القديسة مريم من بيت لحم، وأصبح يدعى Bedlam. ويدلّ هذا المصطلح الآن على المكان ذي الصوت العالي، حيث تم تقييد الأفراد وضربهم وتجويعهم، واعتبرت زيارة المؤسسة من الوسائل الترفيهية للعائلة وللأطفال. وبدأ التغير في القرن الثامن عشر بفضل الأفراد المتطورين مثل (Philippe Pinel) وهو طبيب أمراض نفسية، وقد أمر عام 1792 بالتغيير الإنساني، حيث منع تقييد المرضى النفسيين في مصح في باريس.

وظهر التطور في الولايات المتحدة الأمريكية في تشخيص الأطفال والبالغين ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية سنة 1800 وعلاجهم، حيث اعتبر بنجامين (أبو الطب النفسي الأمريكي) إذ أنه اقترح طرقا أكثر إنسانية في علاج هؤلاء، وهو من بين الأفراد

الذين وقّعوا على وثيقة الاستقلال، ومن مؤسسي الجمعية الأمريكية ضد العبودية. وفي القرن التاسع عشر، عملساميئول هيوي (Samuel Howe) على تحسين طرق علاج المرضى العقليين، وساهمت دورثي دكس (Dorthea Dix) في إنشاء مؤسسات حكومية للعناية بالمرضى العقليين في عدد من الولايات، وفي عام 1844 تم إنشاء هيئة الأطباء المشرفين على المؤسسات الأمريكية للمرضى العقليين التي تدعى الآن جمعية الأطباء النفسيين الأمريكية. ومع الأيام فقد الأمل الذي أنشئت من أجله هذه المؤسسات وأصبحت فقط لحماية هؤلاء الأفراد. وفي نهاية 1800 ظهرت في المدارس الصفوف التي تعتني بالأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية، وقبل ذلك لم يحصل الأطفال على أية خدمات.

وفي عام 1871 فتح صف للطلاب المشاغبين في كانتيكي، وفي عام 1909 أنشأ وليام هيلي (William Healy) مؤسسة للعناية بالأطفال الأحداث المرضى النفسيين في شيكاغو، وقد أجرى أوجستا وبرونر (Augusta & Bronner) دراسات مهمة حول انتهاكات الأحداث.

وساهمت نظريات فرويد (1939-1856) وابنته (Anne) في التأثير على تعليم وعلاج الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية و الانفعالية، وفي القرن العشرين أيقن المختصون بأن الأطفال بحاجة إلى برامج ومعلمين وطرق تدريس خاصة قادت لوريتا بندر (Lauretta Bender) إلى التطور في الخدمات التربوية المقدمة لهم، وأحدث مفهوم (البيئة الكلية من العطف والعلاج للمرضى النفسيين) ثورة عندما نادى بها كارل مينجر (Karl Menninger) مع أبيه وأخيه.

بدأ برونو بيتلهيم (Bruno Bettelheim) عمله مع الأطفال المعوقين انفعاليا إعاقة شديدة عام 1944، في جامعة شيكاغو، واستمر في استعمال فلسفته حول (البيئة العلاجية). 1950-1940 بدأت في الظهور مراكز إقامة للعناية بالأطفال المتعبين (ذوي المشكلات السلوكية). (1947) صدر كتاب بعنوان طبيعة مرض وتعليم الأطفال ذوي إصابات الدماغ لستراس وليتنين (Strass and Lehtinen) قدما فيه طريقة لتنظيم تعليم الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية.

ثم ظهرت عدة كتب ونشرات جديدة ما بين 1970-1960 ، كما توفرت نتائج الأبحاث حول تعليم هؤلاء الأطفال، وطوّر وليم كروكشانك (William Cruickshank) ورفاقه خطوات عمل محددة داخل الغرف الصفية . وفي عام 1962 نشر كتاب لفيلبس وهارينج (L.Phillips & N.Haring) حول تعليم الأطفال المضطربين سلوكيا والمعاقين انفعاليا مؤكدا على مبادئ السلوكات البيئية المنظمة والتفاعل بين الطفل والبيئة والمدرسة والبيت .

وظهرت عدة نشرات عام 1967 حول ما تمّ من خلال تدريس وتعليم الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والإعاقة الانفعالية .

وطوّر إيلي بور (Eli Bower) تعريف الاضطرابات السلوكية 1962 ، والذي لا يزال يستعمل . نيكولوس هوبز (Nicholas Hobbs) استلم مشروع 1960 طوّر فيه مفهوم البيئة ، وأكّد أن على الأطفال العيش في بيئة كامة (المجتمع) . أما فرانك هيوت (Frank Hewett) فقد طوّر وقدم نموذجا لغرفة الصف بحيث يساعد في تطبيق نظريات السلوك .

وفي عام 1965 نشر كتاب لنيومان و مورس (Newman & Morse)حول الصراع داخل غرفة الصف ، وقدم عدة طرق لتدريس هؤلاء الطلاب ، واستخدمت في الجامعات لتدريب المعلمين .

كما قدم رودس و تريسي (Rhodes & Tracy,1972) أعمالا حول نماذج لمفاهيم تعليم الأطفال المضطربين ، وقد ساهمت أعمالهم في توضيح الآراء والممارسات المختلفة التي كانت موجودة في ذلك المجال . واستمر التطور في تعليم الأطفال . ولكن لا تزال هناك حاجة إلى تعريف أكثر دقة وعلى التربية الخاصة إيجاد حل حول ملابسات قضية سوء التكيف الاجتماعي وحول قلة عدد الطلبة الذين يتلقون خدمات التعليم . إن استمرار التطور في التعليم وعلم النفس والطب والتكنولوجيا سيساعد كثيرا من الأطفال على الاستفادة من التعليم والعيش بشكل مناسب ومرضٍ (Smith & Luckasson, 1992).

الانتشار Prevalence

من الصعب تحديد مدى انتشار الاضطرابات السلوكية الانفعالية ؛ وذلك لعدم وجود

تعريف واضح متفق عليه للاضطرابات السلوكية والانفعالية، مما يجعل تشخيص الحالات والتعرف عليها غير موضوعي.

يعتبر ويكمان (Wickman, 1928) أول من أشار إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية في المدارس، ومنذ ذلك التاريخ بدأت الدراسات والأبحاث لتحديد حجم مشكلة الاضطرابات الانفعالية والسلوكية (Rubin & Balow, 1978) وفي عام 1969 قدر مكتب التعليم في الولايات المتحدة (USOE) عدد الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا والذين تتراوح أعمارهم بين صفر و19 سنة حوالي (767108) فردا من المجموع الكلي، وتشكل هذه النسبة حوالي 2%. و في عام 1975 قدر المكتب نفسه عدد الأطفال المضطربين انفعاليا حوالي (1310000) طفلا من مجموع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين صفر و 19 سنة، في حين قدر باور (Bower, 1969) نسبة الاضطرابات الانفعالية في المدرسة أو المجتمع المدرسي حوالي 10% . (Shea, 1978) هذا، ويقدر البعض وبتحفظ نسبة الأطفال الذي يعانون من اضطرابات سلوكية وانفعالية من3-6% (Kauffman, 1989)، وتحصل نسبة بسيطة منهم على خدمات التربية الخاصة في أمريكا.

وتؤكد أبحاث كثيرة هذا الزعم، حيث وجدت كاستيلو وزملاؤها (Castello,et al 1988) نسبا أعلى بكثير عندما بحثوا عن الأطفال ذوي المشاكل السلوكية والانفعالية، ووجدوا أن 22% من الأطفال لديهم مشاكل نفسية خلال العام الدراسي (1988)، وأن طفلا واحدا من بين خمسة من هؤلاء الأطفال حُوِّل إلى الأخصائيين. ونتائج أخرى مشابهة وجدت من قبل وايتيكر (Whitaker , 1990)، وقدرت نسبة الانتشار بـ19% من الأطفال مصابين بالاضطرابات النفسية (1990). وأعلن التقرير السنوي الثاني عشر المقدم إلى الكونغرس الأمريكي حول مدى تطبيق قانون تعليم المعاقين، (صدر عن الدائرة الأميركية للتعليم 1990) أنه خلال العام الدراسي 1989-1988 أقل من 1% من الطلاب المصابين بالاضطرابات السلوكية والإعاقات الانفعالية حصلوا على خدمات التربية الخاصة. و 9% من كافة الطلاب الذين حصلوا على خدمات التربية الخاصة يعانون من اضطرابات سلوكية وإعاقات انفعالية. وهكذا فإن الأرقام الرسمية أقل بكثير مما يتوقعه المختصون. (Smith & Luckasson, 1992) و تعتبر عدم القدرة على التعريف بدقة والقياس والمساعدة جزءا من

المشكلة، ويتساءل الأخصائيون أيضا حول مدى محاولة المدرسة التخلص من الطلاب المشاكسين المشاغبين، وبالتالي يتم تشخيص أعداد أقل، كما يتردد الأخصائيون في إعطائهم هذه الوصمة من خلال تشخيصهم بالاضطرابات السلوكية والانفعالية.

وقد تمّ تحديد نسب انتشار بعض الاضطرابات، مثال ذلك: تبلغ نسبة الأطفال الذين يعانون من اضطراب التصرف 4-10% (Conduct Disorder) من كافة الأطفال، وهي إحدى المشاكل السلوكية الشائعة. (Kauffman, 1989)

وهناك مجموعة من العوامل لا بدّ من أخذها بعين الاعتبار وهي:

الجنس: يوجد فرق واضح في السلوكات بين الذكور والإناث إذ يقدر بعضهم أن نسبة الذكور إلى الإناث في الصفوف الرسمية الخاصة تبلغ 8 : 1 .(Coleman, 1988) ويعتقد الباحثون أن تفاوت النسب في ذلك يعود إلى أن المعلمين يرون بأن سلوكات الإناث مقبولة أكثر من سلوكات الذكور. (Clarizio & Mccoy, 1993) ولم يجب الباحثون حول مسألة الجنس هذه فيما إذا كان الذكور يعانون أكثر من الاضطرابات السلوكية والانفعالية، أو هل يظهر الذكور السلوكات المضطربة الظاهرية بحيث يراها الجميع بينما تظهر الإناث السلوكات المضطربة الداخلية نحو الذات، أو فقط لمجرد اتجاهات الأفراد نحو مشاكل الذكور بالنسبة لمشاكل الإناث؟.

العمر: يشير جود و بروفي (Good & Brophy, 1979) أن حوالي 30% من طلاب المدارس الابتدائية يظهرون مشكلات في التكيف، وأن 10%من هؤلاء تكون مشكلاتهم من النوع الحاد الذي يحتاج إلى معالجة.

كما ويشير (شيفرز وميليمان) إلى أن درجة انتشار المشكلات السلوكية تقل مع التقدم في العمر بالنسبة للأطفال في سن المدرسة، فالأطفال الأصغر سنا ممن تتراوح أعمارهم ما بين 8-6 سنوات يفوقون الأكبر سنا ممن تتراوح أعمارهم ما بين 21-9 سنة في عدد المشكلات السلوكية. (ترجمة: داود وحمدي، 1989).

أما جلبرت (Gilbert) فقد وجد من خلال إحالة الاضطرابات السلوكية والانفعالية،

بأن تلك الاضطرابات تتركز في الأعمار ما بين 10-6 سنوات، بينما وجد بور Bower أن النسبة الأكثر حدوثا للاضطرابات تقع في المراحل الدراسية المتأخرة (الثانوية)، وتقل هذه النسبة في المراحل الدراسية الابتدائية. (Shea,1978)

التحصيل: يعتبر التحصيل عاملا ذا دلالة على الاضطراب السلوكي والانفعالي على الرغم من صعوبة العلاقة السببية، فقد وجد ستنت (Stenett) أن المضطربين سلوكيا وانفعاليا ممن وصلوا إلى الصف الخامس الابتدائي كانوا متأخرين صفا واحدا عن رفاقهم العاديين. وفي دراسة أخرى قام بها بور (Bower, 1978) وجد أن تحصيل الأطفال المضطربين في القراءة والحساب، كان أقل من أقرانهم العاديين.

الذكاء والتحصيل :

أظهرت الأبحاث بوضوح أن متوسط ذكاء الطفل المضطرب سلوكيا وانفعاليا بدرجة بسيطة ومتوسطة هي بحدود 90 درجة، أي بالحدود المتوسطة والطبيعية، وعدد قليل من الأطفال المضطربين سلوكيا والمعوقين انفعاليا أعلى من المتوسط بالمقارنة مع التوزيع الطبيعي للذكاء، وكثير منهم يقعون في فئة بطيئي التعلم والتخلف العقلي البسيط. هذا ومن الصعب إخضاع الأطفال المضطربين سلوكيا والمعوقين انفعاليا بدرجة شديدة لاختبار ذكاء، وأما الذين نستطيع اختبارهم فيحصلون على درجات أقل من المتوسط، ويشير ذلك إلى وجود إعاقة عقلية بسيطة أو متوسطة ودرجة ذكائهم 50 درجة تقريبا، وبالمقابل هناك أيضا أطفال مضطربون سلوكيا ومعوقون انفعاليا لامعون وأذكياء ويحصلون على درجات عالية في اختبارات الذكاء. إن اختبارات الذكاء ليست أدوات مناسبة وفعالة لقياس ما نعنيه بالذكاء، ومن الملاحظ أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية تحول دون تحقيق درجات عالية على اختبارات الذكاء، لذلك لديهم ذكاء أكثر من الدرجة التي تظهر على الاختبار. إن حصولهم على درجات أقل في اختبارات الذكاء يكون ذلك بسبب قدراتهم الأقل لإنجاز مهمات يستطيع أطفال آخرون إنجازها بنجاح، كما أن الدرجات المنخفضة دلالة على عجز في جوانب أخرى من الوظائف مثل التحصيل الأكاديمي والمهارات الاجتماعية، وتعتبر

درجة الذكاء IQ بشكل نسبي، مؤشرا جيدا على مدى تقدم الطفل الأكاديمي والاجتماعي حتى في حالات الاضطرابات الشديدة والاعتمادية.

أما من حيث التحصيل فإن تحصيل معظم هؤلاء يكون تحت المتوسط في المدرسة، ودائما يكون في مستوى أقل مما هو متوقع من طفل في مثل عمره العقلي، ومن الممكن أن نجد طفلا مضطربا سلوكيا وانفعاليا لكنه متقدم أكاديميا. كما أن معظم المضطربين سلوكيا والمعوقين انفعاليا بدرجة شديدة واعتمادية، يخفقون حتى في أبسط مهارات القراءة والحساب، وحتى الذين لديهم كفايات جيدة في القراءة والحساب لا يكونون قادرين عادة على تطبيق هذه المهارات في كل وقت، وكثير من الأطفال المضطربين انفعاليا بدرجة شديدة اعتمادية ليس لديهم حتى المهارات الأساسية في العناية الذاتية أو مهارات الحياة اليومية.

وقد أكد بور (Bower, 1978) أن 50% من الطلاب في صفوف التربية الخاصة الذين شخصوا بأن لديهم إعاقات مختلفة يعانون من الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

أما العلامات والأعراض المتوقعة للاضطرابات السلوكية والانفعالية فهي :

1. عدد قليل من الأصدقاء أو بدونهم.
2. اضطراب العلاقات العائلية.
3. اضطراب العلاقات مع المعلمين.
4. النشاط الزائد والحركة الزائدة.
5. العدوان نحو الذات والآخرين.
6. التهور.
7. عدم النضج الاجتماعي.
8. الاكتئاب وعدم الشعور بالسعادة.
9. التقوقع حول الذات.

10 . الاضطراب والقلق .

11 . أفكار انتحارية .

12 . عدم الانتباه والقدرة على التركيز كبقية الأفراد في مثل سنه . (Smith & Luck-asson, 1992)

وبالنسبة للخصائص التعليمية فهي :

1 . ضعف التحصيل الأكاديمي ، لذا على المعلم أن يساعد الطفل في تحسين مهاراته الأكاديمية بالإضافة إلى مساعدته في تعديل سلوكاته .

2 . خلل في مهارات الاتصال الاجتماعي ، مما يعيق الطفل من التعاون والاتصال مع المعلم ، والتفاعل داخل غرفة الصف ، والتفاهم مع بقية الطلاب . وقد يكون هذا السبب الذي يؤدي إلى إبعاده عن التعليم الأكاديمي أكثر من ضعف التحصيل الأكاديمي .

الخصائص السلوكية:

يمكن تحديد ثلاثة أنواع من الاضطرابات السلوكية عند الطلاب :

1 . اضطرابات في السلوك الخارجي .

2 . اضطرابات في السلوك الداخلي .

3 . اضطرابات سلوكية قليلة الحدوث .

و سيتم تناول الاضطرابات الأكثر حدوثا في كل نوع من هذه الأنواع .

1 . اضطرابات السلوك الخارجي، ومن الأمثلة على ذلك:

النشاط الزائد ، والعدوان والجنوح .

أ. النشاط الزائد : الشكوى الأكثر شيوعا عند الأطفال المحولين للتقييم كحالة

اضطرابات سلوكية وانفعالية، ومن الصعب تعريف النشاط الزائد؛ لأن التعريف يجب أن يحتوي طبيعة النشاط ونوع النشاط وعملية تقييم لمستوى النشاط بأنه كثير أو زائد.

ويوجد عدة تعريفات منها: حسب تعريف روس وروس (1982): نشاط بمستوى عال في الوقت غير الملائم، ولا يمكن إيقافه بمجرد الطلب من الطفل.

ب. العدوان: إلحاق الأذى إما بالأشياء أو نحو الذات أو نحو الآخرين. واستخدام العقاب وسيلة لضبط السلوك العدواني يؤدي إلى زيادة سلوك العدوان عند الطفل.

ويرى الأخصائيون أهمية نجاح تعليم الأطفال بالطرق الصحية للتعامل مع الإحباط مثل: التعرف على مشاعر الإحباط وقبولها، وتحمل الخبرات المحبطة وبناء طاقة التحمل، ويستطيع المعلم أن يساعد الطلاب العدوانيين بتدريبهم على المفاهيم التالية:

1. يحصل الإحباط عند الفشل في تحقيق هدف مهم.
2. الإحباط مزعج، وغير مريح، ويثير التوتر.
3. يثير الإحباط مشاعر قوية ومختلفة.
4. الانزعاج نتيجة طبيعية للإحباط.
5. قد يحدث الإحباط دون عمد.
6. لا بأس من الشعور بالانزعاج بسبب عدم تحقيق هدف.
7. يمكن للفرد أن يشعر بالانزعاج، ولكن أن لا يكون مزعجا.

ج. الجنوح أو (جنوح الحدث): يعرف الجنوح من قبل النظام والقانون وليس من قبل نظام الطب والتعليم، ويعني الأفعال غير الشرعية أو غير القانونية التي يرتكبها الحدث من الجرائم مثل السرقة، وبعض الأطفال الجانحين يعانون من اضطرابات في السلوك وإعاقة انفعالية، والبعض الآخر لا يعانون، كما أن بعض المضطربين سلوكيا جانحون وبعضهم غير جانحين.

2. الاضطرابات السلوكية الداخلية، ومن الأمثلة على ذلك:

الاكتئاب، والعصبية، والانسحاب.

أ. الاكتئاب: من الصعب التعرف على الاكتئاب عند الأطفال ، ومكوناته مشاعر الذنب، ولوم النفس، والشعور بالرفض، والكسل، وانخفاض تقدير الذات. وهي عادة تهمل أو يعبر عنها بسلوكات أخرى تظهر على صورة مشكلة مختلفة تماما.

يختلف سلوك الأطفال عند حدوث الاكتئاب عنه عند الكبار، لذا يجد الاهل والمعلمون صعوبة في تمييز حالة الاكتئاب، فمثلا طفل مصاب بالاكتئاب قد يحاول ان يؤذي نفسه بالركض في شارع مزدحم او دفع نفسه على حافة السور. وقد يعتبر البالغون هذه السلوكات طبيعية يقدم عليها كثير من الأطفال. ويعتبر البالغون أن حياة الأطفال سهلة وعليهم أن يكونوا دائما سعيدين. بالإضافة إلى صعوبة التعبير عند الأطفال عن مشاعر الاكتئاب التي يعانون منها.

ب. القلق: يظهر القلق الشديد عند الاطفال ميلا للانفصال عن العائلة او الاصدقاء او المحيط المألوف لهم والانطواء الشديد عند الاتصال مع الاغراب ، والشعور بالقلق والمخاوف ، ومن الصعب التعرف عليها ويبقى الطفل دون علاج.

ج. الانسحاب: يتفاعل بشكل قليل جدا مع الأتراب، لذلك فإن المقياس المدرج من قبل الأتراب يساعد في اكتشاف الحالات.

3. الاضطرابات السلوكية قليلة الحدوث:

يوجد نوعان من هذه الاضطرابات وهي قليلة الحدوث ولكنها خطيرة جدا عند حدوثها مثل الفصام والتوحد.

أ. الفصام: نوع من الاضطرابات النفسية ، وهو اضطراب نادر الحدوث ولكن يتطلب عناية شديدة عند حدوثه، ويتعلق بحصول أوهام غريبة مثلا الأفكار تسيطر عليها الشرطة، وهلوسات مثل (صوت يطلب من الطفل بماذا يفكر؟). أفكار غير مترابطة وغير مفهومة.

ويعـاني الطفل من مـشاكل في الواجبات المدرسية، ويعيش جزءا من طفولته في المستشفيات، والخطة الفردية التعليمية معقدة توضع من قبل فريق أفراده ذوو تخصصات عدة.

ب. **التوحد:** وهو نادر الحدوث ونسبة الحدوث 4 لكل10.000. هو اضطراب شديد في التفكير والاتصال والسلوك، ويعاني الطفل من سوء العلاقات الاجتماعية، وهو منعزل ويستعمل لغة غير طبيعية أو لا يستعمل أية لغة، وقد يؤذي نفسه. عندما تعرف الأخصائيون على حالة التوحد 1940 كان يظنون بأنها مشكلة نفسية اجتماعية سببها سلوك الأهل العدواني وغير العاطفي، والآن يعتبر الباحثون التوحد مشكلة لغوية مرتبطة بتلف في الدماغ، وكان يظن بالماضي بأنها مرض عقلي، ثم إنها إعاقة جسدية ويعالج طفل التوحد من خلال التعليم المناسب، وعلاج النطق واللغة، وتعديل السلوك، والإرشاد ودمجه مع الأسرة، وفي بعض الأحيان الأدوية، وكانوا في الماضي يتعرضون إلى علاج مكروه مثل الصدمات الكهربائية، ولكن العلاجات السلوكية الجديدة التي تركز على التفاعل الإيجابي تبشر بالخير.

الاستمرارية Persistence

إن عملية البحث في مجال استمرارية الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال والشباب واجهت مشكلات مختلفة، وقد تتطرق مثل هذه العملية إلى بحث الأسئلة التالية:

- هل تستمر الاضطرابات لدى الأطفال لأوقات إضافية؟.
- هل آثار الاضطرابات السلوكية و الانفعالية آخذة بالانخفاض أم بالزيادة؟ أم تبقى مستقرة على وضعها مع أو بمصاحبة التدخل؟ أو بدون وجود تدخل؟
- هل لنوعية التدخل أثر أو علاقة بتغير الاضطراب؟.
- وبعد إجراء مراجعات عديدة وتحليلات متعلقة بأدب الأطفال والشباب المضطربين، فقد خرج مكوي (Moos, 1979) بنتائج منها:

- إن ثلاثة من عشرة أطفال مضطربين سواء أكان اضطرابا بسيطا أو متوسطا يستمر لديهم حتى سن البلوغ .
- يتطور سلوك 70% من الأطفال المضطربين ، ويصبح عاديا في سن الرشد .
- إن عملية استمرارية السلوك المضطرب مرتبطة بمدى شدة الاضطراب وكذلك بأعراضه .
- إن عملية استمرارية السلوك المضطرب على علاقة بطبيعة الاضطراب والبيئة المحيطة به .
- إن الحالات الشديدة يتنبأ لها بالبقاء والاستمرار على الوتيرة نفسها في مرحلة الرشد .
- يتوقع للأحداث المنحرفين بأن يكونوا مجرمين في الكبر .
- يزداد الانسحاب مع التقدم في العمر ، إلا أنه من غير المؤكد أن يبقى كاضطراب في الكبر .
- إن المخاوف وتقلصات الوجه اللاإرادية لا يتنبأ بها بصورة أكيدة
- الاستمرار كاضطراب في مرحلة البلوغ .
- إن كلا من الاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة كالتوحد وفصام الطفولة يتوقع لها الاستمرار مستقبلا بنسبة 70-75% . (Shea, 1978)

أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية

الأسباب التي تؤدي إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية غير معروفة ، فالأطفال أشخاص متميزون ، ولا تزال الدراسات العلمية حول الأسباب البيولوجية في بداية الطريق ، والتفاعلات التي تحدث للأطفال والصغار مع أسرهم والبيئة والمجتمع معقدة جدا ، لدرجة أننا لا نستطيع تحديد سبب واحد مؤكد للاضطرابات السلوكية والانفعالية ،

ومع ذلك نستطيع تحديد أربعة مجالات يمكن أن تسبب الاضطرابات السلوكية و الانفعالية وهي:

1. المجال الجسمي والبيولوجي.
2. مجال العائلة أو الأسرة.
3. مجال المدرسة.
4. مجال المجتمع.

وتكون الأسباب عادة متداخلة فيما بينها ومتعددة.

1. المجال الجسمي والبيولوجي:

يتأثر السلوك بالعوامل الجينية والعوامل العصبية Neurological وكذلك البيوكيميائية Biochemical أو بتلك العوامل مجتمعة، ومن غير شكّ فإن هناك علاقة وثيقة بين جسم الإنسان وسلوكه.

كثير من الأطفال العاديين من غير المضطربين لديهم عيوب بيولوجية خطيرة، أما الأطفال من ذوي الاضطرابات البسيطة والمتوسطة فليس هناك ما يثبت وجود عوامل بيولوجية محددة مسؤولة عن مثل هذه الاضطرابات. وأما بالنسبة لذوي الاضطرابات الشديدة والشديدة جدا، فإن هنالك أسبابا وعوامل بيولوجية لها مسؤولية مباشرة. ويمكن القول إن جميع الأطفال يولدون ولديهم محددات بيولوجية لسلوكهم ولأمزجتهم. ويقول البعض إن تلك السلوكات يمكن تغييرها من خلال عملية التنشئة، والبعض الآخر يعتقد أن تلك السلوكات وخصوصا لدى ذوي المزاج الصعب قد تتحول إلى اضطرابات. بالإضافة إلى ما تقدم هناك مجموعة عوامل بيولوجية ذات صلة بالاضطرابات السلوكية والانفعالية مثل: الأمراض وسوء التغذية وإصابات الدماغ.

هناك كثير من الدلائل والبراهين ما يثبت وجود علاقة للعوامل البيولوجية بالاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة والشديدة جدا لدى الأطفال

(Hallahan &Kauffman,1982). ويؤكد الباحثون على وجود منحى بيولوجي لبعض الاضطرابات مثل فقدان الشهية، والشره المرضي، كذلك وجود أساس وراثي لحالة الشخصية الفصامية، وكذلك وجود دور للبيولوجيا في العلاج، مثلا لا يعرف فيما إذا كان يوجد سبب بيولوجي لحالة الاكتئاب ولكن تلعب العلاجات المضادة للاكتئاب دورا هاما في البرنامج العلاجي، ولا يزال البحث جاريا في هذا المجال. (Smith & Luckasson, 1992).

2. مجال العائلة او الأسرة

يعزي الأخصائيون (أخصائيو الصحة النفسية) أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية في المقام الأول إلى علاقة الطفل بوالديه، حيث إن الأسرة ذات تأثير كبير على التطور النمائي المبكر للطفل، فقد أشار بيتلهيم (Belttelheim, 1967) إلى أن معظم الاضطرابات السلوكية والانفعالية ترجع أصلا إلى التفاعل السلبي بين الطفل وأمه.

أما الأبحاث التجريبية فقد أولت العلاقات الأسرية ومدى تأثير الوالدين على الطفل أهمية كبرى، ومن الواضح أن هذا التأثير يزداد من خلال النظر إلى العلاقات والتعامل المتبادل بين الطفل ووالديه، وتأثير كل منهما في الآخر، ولذلك فقد وجد أن الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة والشديدة جدا يعانون من عدم اتساق وتماسك في علاقاتهم مع والديهم.

للعائلة دور مهم في التطور الصحي للأطفال، وقد تحدث اضطرابات سلوكية وانفعالية عند أية أسرة، ولا يعني هذا بالضرورة أن الأسرة قد تسببت في حدوث الاضطراب. وبالرغم من ذلك، فإن العلاقات والتفاعلات غير الصحية قد تسبب اضطرابات عند بعض الأطفال، كما أنها قد تزيد من حدة المشكلة الموجودة. ومن الأمثلة على التفاعلات غير الصحية: ضرب الأطفال، وإلحاق الأذى بهم، وإهمالهم، وعدم مراقبتهم وعقابهم، وانخفاض عدد التفاعلات الإيجابية، وارتفاع نسبة التفاعلات السلبية، وعدم الانتباه والاهتمام، ووجود نماذج سيئة من قبل البالغين (Smith & Luckasson, 1992).

3 . مجال المدرسة

يضطرب بعض الأطفال حين التحاقهم بالمدرسة، والبعض الآخر في أثناء تواجدهم في البيئة المدرسية (في أثناء سنوات الدراسة). ويمكن لهؤلاء الأطفال أن يصبحوا بوضع أفضل أو أسوأ من جرّاء المعاملة التي يتعاملون بها داخل الصف.

للمعلمين تأثير عظيم على الطلاب من خلال تفاعلهم معهم، حيث تؤثر توقعات المعلمين على الأسئلة التي يوجهونها للطلبة، وكذلك التعزيز الذي يقدمونه لهم وعدد مرات التفاعل مع الطلاب ونوعيته. قد يسبب المعلمون في بعض الأحيان السلوكات المضطربة أو يزيدون من حدتها، ويحدث هذا عندما يدير المعلم غير المدرب الصف، أو عندما لا يراعي الفروق الفردية، فإن ذلك يؤدي إلى ظهور استجابات عدوانية محبطة واستجابة نحو المعلم أو البيئة الصفية والمدرسية، وتعتبر بعض البيئات التربوية غير مناسبة لبعض الأطفال، وقد يلجأ بعض الطلبة إلى القيام بالسلوكات المضطربة لتغطية قضية أخرى مثل صعوبة التعلم. وعلى المدرسين الفعّالين تحليل علاقاتهم مع طلابهم، وكذلك البيئة التعليمية والانتباه الجيد المقصود إلى المشاكل الموجودة، والمتوقع حدوثها.

4. مجال المجتمع

قد يسبب المجتمع أو يساعد على ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وهنا تجدر الإشارة إلى الفقر الشديد الذي يعيش فيه بعض الأطفال وحالات سوء التغذية، والعائلات المفككة (الممزقة) والشعور بفقدان الأهل، والحي العنيف. . .

كل ما سبق يمكن أن يؤدي أو يساعد على ظهور الاضطرابات عند التعرض لأية ضغوطات مثل تمزق العائلة، والوفاة، والمرض، والعنف. ولكن توجد حالات من الأطفال عاشوا في صغرهم ظروفا صعبا، وعندما كبروا أصبحوا بالغين أصحاء مما يؤكد أن الظروف الصعبة لا تقود دائما إلى اضطرابات سلوكية أو انفعالية، بينما يصبح الأطفال الآخرون حساسين جدا لمشاكل الحياة وتظهر عليهم الاضطرابات، وتختلف من فرد لآخر. كل طفل هو شخص مميز بذاته، ولا توجد علاقة سببية واضحة لتفسير لماذا يطور فرد معين سلوكا مضطربا في زمن معين، ولا يطور فرد آخر سلوكا مضطربا في نفس الزمن؟.

الوقاية:

يمكن منع حدوث الاضطرابات السلوكية والانفعالية من خلال طريقتين:

1. منع حدوث الأسباب التي تؤدي إلى هذه الاضطرابات.

2. معالجة أعراض الاضطرابات.

ويختار المعلم أو المعالج الطريقة التي تؤيد نظريته في منع الإصابة، وإليكم المثال التالي:

سامي في الصف الرابع، بدأ في إزعاج طلبة صفه عند وقت الانصراف. كيف تستطيع معلمته أن تمنع هذا السلوك من التحول إلى مشكلة سلوكية؟. فإذا كان المعلم مدربا على التفكير بالاضطرابات السلوكية والانفعالية من خلال المدرسة السلوكية، فإنه سيختار الطرق التي تمنع حدوث السلوك من خلال ثلاثة أحداث: **الظروف التي تسبق السلوك، والسلوك ذاته، والنتائج التي تظهر بعد السلوك**. عندها يتدخل المعلم في الظروف التي تسبق السلوك أو التي تلحق بالسلوك.

فقد تقرر المعلمة تنظيم عملية الانصراف أو أن تعزز سلوك سامي الإيجابي عندما يلتزم بالصف وقت الانصراف. أما إذا كانت خلفية المعلمة تنطلق من مدرسة التحليل النفسي، فإنها قد تقرر أن سامي وعائلته بحاجة إلى علاج، وستطلب دعم المدرسة في ترتيب ذلك. وقد تصمم برنامجا للعائلة يساعدهم في تحسين تفاعل سامي وعلاقاتهم معه، وكذلك من الممكن أن تدرب سامي على السيطرة على سلوكاته ومراقبتها أكثر، وخصوصا عند وقت الانصراف.

وسوف تستخدم العلاجات (الأدوية والعقاقير) لتهدئة سلوك سامي إذا كان الاتجاه طبيا. وعادة لا تكون استراتيجيات الوقاية محددة. وتوجد عوامل أخرى تساعد في اختيار الطريقة المناسبة ومنها أسباب السلوك، وخبرات المعلم السابقة، وتوصيات الأخصائيين، وتفضيل الطفل والعائلة بالإضافة إلى طبيعة البرنامج.

وهكذا يمكن الإشارة إلى طرق الوقاية التالية من الاضطرابات السلوكية والانفعالية :

1. الطرق السلوكية.
2. علاج الفرد والعائلة.
3. تعليم العائلة طرقا جديدة في التفاعل مع الطفل.
4. التدريب الذاتي (الشخصي).
5. التعليم الأخلاقي.
6. التدخل الطبي.

الفصل الثاني

أبرز النظريات التي تبحث في أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية

1. النظرية السلوكية

المقدمة، مكونات النظرية السلوكية، استراتيجيات التدخل السلوكي في الموقف الصفي، بعض الانتقادات التي وجهت للنموذج السلوكي.

2 . النظرية البيئية

المقدمة، أثر الأسرة والعامل الأسري، العامل المدرسي، المفاهيم البيئية، التدخل البيئي.

3. النظرية البيوفسيولوجية

المقدمة، العوامل الوراثية، العوامل النمائية، العوامل المثورة، العوامل الإدراكية، العوامل العصبية (النيورولوجية)، العوامل البيوكيميائية، التدخل البيوفسيولوجي.

4. النظرية التحليلية

المقدمة، مكونات الشخصية، مراحل النمو، أسباب الاضطرابات من وجهة النظر التحليلية، التشخيص، العلاج، تكنيكات التدخل العلاجي السيكودرامي.

مقدمة

تساعد النظريات في فهم قضايا النمو وتطور الأطفال الذي يصاحبه اضطرابات في السلوك، كما تفيد نظريات أخرى في فهم دور الثقافة والبيئة المباشرة والتفاعل بين الفرد والموقف الاجتماعي. والبعض الآخر من النظريات يركز على فهم المشكلة، وللنظريات تكنيكات وإجراءات قيمة في تحديد السلوك المضطرب وتشكيل السلوك السوي. ولكل نظرية جوانب قوة وجوانب ضعف، لكنها تقدم عملا أساسيا لفهم السلوك، وتقدم أسسا هامة لبناء البرامج المتعلقة بالتدخل والتعليم وتخطيطها. (Paul, Epanchin, 1992).

و سيتضمن هذا الفصل النظريات التالية :

- النظرية السلوكية
- النظرية البيئية
- النظرية البيوفسيولوجية
- النظرية التحليلية

النظرية السلوكية:

تعتبر النظرية السلوكية من النظريات التي تستخدم المنهج التجريبي، وكان لها تطبيقات عملية في الميدان القيادي والتربوي، وقد استخدمت منهج حل المشكلات التجريبي في جانب المهارات النمائية والمشكلات السلوكية. والقوانين في هذا التوجه مشتقة من التعلم وتركز التجارب على تعلم سلوكات جديدة مقبولة والعمل على تقليل السلوكات غير المناسبة.

يشتمل المنحى السلوكي في المعالجة على ما يلي :

- تحديد السلوكات المرغوب وغير المرغوب فيها بطريقة موضوعية قابلة للملاحظة.
- قياس السلوكات عن طريق إجراءات الملاحظة.

- استخدام طرق تدخل تعتمد في الأساس على قوانين التعلم .
- تقييم فاعلية البرنامج عن طريق الملاحظة .

(Kazdin, 1976) (Paul & Epanchin, 1992)

يتلخص محتوى النظرية السلوكية بعبارة (السلوك محكوم بنتائجه) . وتهتم النظرية السلوكية بالسلوك الظاهر غير الملائم وتصميم برنامج التدخل المناسب للعمل على تغيير السلوك الملاحظ وتعديله (Shea, 1978) .

مكونات النظرية السلوكية

اولا: نمو الشخصية وتطورها

يعرف السلوكيون الشخصية كدالة كلية لسلوك الأفراد، ويعتبرونها احتمالا قويا للفرد لكي يسلك طرقا أو سلوكات متشابهة في مواقف مختلفة تشكل حياته اليومية . والتركيز على ما يقوم به الفرد في المواقف المختلفة دون الرجوع لسمات شاملة تجعل الفرد يتصرف بطريقة شخصية، ويتباين هذا التصور مع التصورات التقليدية للشخصية التي تفترض أن سلوك الفرد هو تعبير لمحركات أولية محددة تتمثل في الحاجات والرغبات والسمات والاندفاعات .

يعتقد السلوكيون أن الفرد يتعلم أن يسلك بطريقة محددة من خلال تفاعله مع البيئة ويرث تركيبا بيولوجيا يساعده في عملية التفاعل التي تحدد السلوك . كما يعتقدون بأن بعض السلوكات كالقيادة والصداقات . . . إلخ لا تورث بل تنتج عن التفاعل . ويركز السلوكيون على ماذا يفعل الفرد بدلا من ما هو؟ ومن الضروري فهم الطفل بدلا من إطلاق التسميات (Paul, Epanchin, 1992) .

ثانيا: السلوك السوي والسلوك غير السوي

معظم السلوكات متعلمة باستثناء الانعكاسات، وعندما تحدث العلاقة الوظيفية بين المثير في البيئة واستجابة الفرد يحدث التعلم . مثلا : يتعلم الطفل أن البكاء يخلصه من الألم

والجوع، ومن وجهة نظرهم أن السلوك السوي متعلم وكذلك السلوك غير السوي. وهناك معايير للحكم على السلوك غير السوي كالمعيار الاجتماعي والذاتي ومعايير أخرى كالشدة والتكرار.

تهتم النظرية بقياس تحت أي ظروف يحدث أو لا يحدث السلوك المرغوب وغير المرغوب فيه، وتحديد ما هو التغير المناسب في البيئة الذي يجعل الطفل قادرا على تعلم استجابات تكيفية مناسبة. يحدث السلوك غير السوي عن طريق خبرات تعليمية سابقة أو فشل في تلقي الفائدة من الخبرات التعليمية المختلفة.

ثالثا: اشكال التعلم

- الإشراط الاستجابي.
- الإشراط الإجرائي.
- التعلم بالملاحظة.

الإشراط الاستجابي:

جاءت اهتمامات في تطبيق إجراءات الإشراط الاستجابي لبافلوف في الولايات المتحدة لما لهذا النوع من التعلم من تأثير على الصحة العقلية في المدرسة. وكان هذا ما قامت به الطالبة(Florene Matter) في أثناء محاولتها إشراط بعض الأطفال الصغار، وقد اكتشفت أن وضع الغطاء على أعين الطفل مباشرة قبل التغذية يستحث استجابات المضغ والبلع قبل ظهور الطعام.

هناك عناصر هامة في الإشراط الاستجابي، لكن تجارب (Matter) اشتملت على الضروريات:

1. استجرار الاستجابة الشرطية عن طريق المثير الشرطي عن طريق تكرار اقترانه مع تقديم مثير غير شرطي يعول عليه في استجرار الاستجابة غير الشرطية.

2. تميز التعلم عن طريق الانطفاء والاستجابة الشرطية لتعميم المثير الشرطي.

هذه العمليات علاقاتها قابلة للتنبؤ وترتبط بسلوكات واسعة ومتنوعة.

ومن الأمثلة على المعالجات السلوكية التي تعتمد على الإشراط الاستجابي:

- تقليل الحساسية التدريجي
- تعديل السلوك المعرفي
- التدريب على التغذية الراجعة
- العلاج بالتنفير
- العلاج السلوكي

الإشراط الإجرائي:

ميّز سكنر (1938) بين السلوك الاستجابي والإجرائي، ووضح أن السلوك الاستجابي هو سلوك محكوم بالمثيرات السابقة، بينما الإجرائي تحكمه المثيرات الملاحظة، ويحدث الاستجابي بطريقة أتوماتيكية بينما يحدث الإجرائي بطريقة إرادية.

والمبدأ الأساسي في السلوك الإجرائي، أن السلوك هو وظيفة لتوابعه، أي أن الفرد يسلك بشكل معين وسلوكه له نتائج تحددها البيئة، وهذه النتائج تؤثر في احتمالية حدوث السلوك في المستقبل. والبيئة تعمل تبعا لاحتمالات محددة، فبعض السلوكات تكون نتائجها إيجابية فيزداد احتمال حدوثها في المستقبل، والأخرى تكون نتائجها سلبية فيقل احتمال حدوثها.

المثير التمييزي في الإشراط الإجرائي هو مثير له احتمالية عالية، يتبع باستجابة شرطية عندما تظهر بالمقارنة مع مثيرات أخرى. والمثير التمييزي يهيء لحدوث الاستجابة، و عند غيابه لا تظهر الاستجابة الشرطية، وعندما تكون هذه العلاقة هي السائدة فإن حدوث الاستجابة يكون محتملا عند ظهور المثير، وعندما يعمم السلوك يسمى السلوك الإجرائي.

ويمكن الإشارة إلى الإجراءات التالية ضمن الإشراط الإجرائي في العلاج السلوكي وتعديل السلوك:

- التعزيز الإيجابي .
- العقاب .
- التعزيز السلبي .
- الإقصاء ، العزل(Time - out) .
- التعزيز التفاضلي .
- الإشباع .

وإن دمج هذه الإجراءات أكثر فعالية من استخدام واحدة منها .

والتصحيح الزائد كأسلوب علاجي له مكونات : توجيه تدريجي لإيقاف السلوك غير المرغوب فيه ونمذجة جسمية للسلوك المرغوب فيه ، وإعادة الوضع البيئي إلى ما كان عليه .

وهذه السلوكات قد تشتمل على العقاب أو الإقصاء والإجراءات الأخرى ، لذلك فإن كل مكون في الإشراط الإجرائي يقدم إجراءات يمكن استخدامها مع الطفل في ظروف مناسبة . (Paul & Epanchin, 1992).

التعلم بالملاحظة:

لقد تمّت دراسته تحت تسميات مختلفة ، نمذجة وتقليد ولعب الدور ، والتسهيل الاجتماعي والتطبيع . . . وقد اختلف المنظرون السلوكيون بشأن اعتباره شكلا من أشكال التعلم عن طريق الإشراط الإجرائي . وحسب الصياغة الإجرائية ، فإن الشروط الضرورية للتعلم من خلال نموذج هي : التعزيز الإيجابي عند مطابقة الاستجابات الصحيحة للنموذج خلال جلسات عشوائية واستجابات المحاولة والخطأ .

ووفقا لباندورا فإن إحدى القضايا الرئيسية لأي نظرية تعلم هي : كيف يتعلم الإنسان استجابة جديدة في موقف اجتماعي؟ توضح الأبحاث أن الفرد يستطيع تعلم الاستجابة الجديدة لمجرد ملاحظة سلوك النموذج (Modling) واكتساب الاستجابة من خلال النموذج يسمى نمذجة (Modling).

قضية أخرى لأي نظرية تعلم بالملاحظة هي توضيح قدرة الإنسان التي تتوسط بين ملاحظة نموذج الاستجابات وما يتبع ذلك من أداء لهذه السلوكات من قبل الملاحظ. وعملية الاكتساب للاستجابة الملاحظة قد لا تظهر في يوم أو أسابيع أو حتى شهور . (Paul & Epanchin, 1992) .

ويشير إلى الانتقائية في التعلم، فالأطفال يتعلمون جوانب مختلفة من سلوك النموذج، ويجب على النظرية أن تفسر الجانب الانتقائي في التعلم.

لقد أشار (باندورا) إلى ثلاث نتائج مختلفة لتعرض الشخص المراد تعليمه لنموذج ما وهي :

1. اكتساب أنماط استجابات جديدة نتيجة التعلم بالملاحظة.
2. قد يقوى أو يضعف كف الاستجابات (أي يتولد لديه أثر رجعي وغير رجعي).
3. قد يكشف عن استجابات سبق له أن تعلمها باستعمال سلوك النموذج كإشارة، ومن ناحية أخرى ميّز (باندورا) بين اكتساب الاستجابة (Acquisition) وتأديتها (Performance) فالاكتساب لا يعني بالضرورة تأديتها، حيث إن ذلك يتوقف على نتائج تقليد النموذج.

لقد أصبح التعلم بالملاحظة ينطوي على أربع عمليات فرعية مترابطة لكل منها محدداتها الخاصة، ولكي يتم تقويم التعلم بالملاحظة فلا بدّ للفرد من :

1. الانتباه للملامح المناسبة لعمل النموذج.
2. الاحتفاظ بالأحداث الملاحظة على شكل رمزي لاسترجاعها في المستقبل.
3. القدرة الجسمية لإعادة إصدار المعلومات المحفوظة.
4. الحافز لأداء سلوك النموذج.

وفق افتراضات نظرية (باندورا) المتعددة، فإن التعلم بالملاحظة مصدر رئيسي للقواعد والمبادئ، ومصدر رئيسي للسلوك الخلاق. أخيرا فإن نظرية التعلم بالملاحظة يمكن

أن تكون إجراء علاجيا فعالا تحت ظروف مناسبة لتقليل المخاوف، والتدريب على مهارات اجتماعية جديدة.

متغيرات للقياس يجب اخذها بعين الاعتبار

يجب التحقق من المتغيرات البيئية وعلاقتها بالطفل عند التخطيط لبرنامج سلوكي، كما أن الفحص والتقييم عبارة عن عملية مستمرة في المنهج السلوكي الذي لا يتحدد إذا كان هناك مشكلة، لكنه يحدث فرضيات فيما يتعلق باستمرارية السلوك، وتحديد المعالجة المناسبة والتحقق من تحقيق أهداف المعالجة.

الخطوة الأولى في الفحص السلوكي هي وصف السلوك المشكل بعبارة إجرائية قابلة للقياس والملاحظة. وعندها فقط يمكن تحديد السلوك المنحرف، والمتغيرات البيئية التي تتحكم باستمراريته. هذا ومن الممكن استخدام الآباء والمعلمين مصادر للمعلومات.

من العوامل التي تلعب دورا في تصور الآباء لسلوك الطفل، ما يتمثل في قدرة التحمل الوالدية المنخفضة، والتوقعات المرتفعة لسلوك الطفل، والضغوطات المختلفة في الحياة الزوجية. وإن فحص هذه المتغيرات أساسي قبل المباشرة في برنامج لتغير سلوك الطفل. ويجب أن يؤخذ المحتوى الاجتماعي والسلوك المرغوب فيه بعين الاعتبار. ومن المتغيرات الهامة الأخرى:

- العمر وملاءمة الجنس.
- نوع السلوك وشكله.
- الاستمرار.
- شدة السلوك وتكراره.
- ظروف الحياة.
- التغير في السلوك.

- الموقف الثقافي الاجتماعي .
- الموقف المحدد للسلوك .

ولقياس هذه المتغيرات يستخدم السلوكيون طرقا عدة ، منها مقابلات الآباء مع استخدام الاستبيانات أو ملاحظة سلوك الطفل في البيت والمدرسة وأي مكان آخر يحدث فيه السلوك ، وطريقة ملاحظة المعلم وتفاعل الطفل مع المعلم والوالدين وملاحظات الطفل نفسه . تركز هذه الإجراءات على البيئة التي يحدث فيها السلوك ، وتؤكد على حدة السلوك وشدته وتكراره وتتابعه . وعند العمل مع الأطفال ، فمن الضروري جمع معلومات تتعلق بالناحية الجسمية والمعرفية والاجتماعية ومستوى النمو الانفعالي . ويمكن استخدام اختبارات تزود بمعلومات عن الأطفال في أعمار مختلفة ، وملاحظة سلوك أطفال آخرين لا يظهرون مشكلات تفيد في تحديد السلوك المناسب .

وبعد ذلك تبرز الأسئلة التالية المتعلقة بالسلوك وهي :

هل هو مشكلة نمائية؟ هل تتناسب توقعات الآباء واتجاهاتهم والموقف الاجتماعي؟ هل تساهم الظروف البيئية في تصور السلوك أو ظروف تخص الموقف الذي يظهر فيه السلوك؟ هل هناك ضرورة في تحويل الطفل لفحص طبي؟ .

إن جميع البيانات اللازمة للإجابة على هذه الأسئلة تزودنا بمعلومات حول كيفية انحراف السلوك واختيار طرق المعالجة .

كما وأن الفحص المستمر للبيئة والسلوك سوف يحدد فعالية الأهداف قصيرة وطويلة الأمد للبرنامج .

استراتيجيات التدخل السلوكي في الموقف الصفي:

أولا : حسب الإشراط الاستجابي:

يلعب هذا النوع من التعلم دورا هاما في الصف ، ويلاحظ من خلال التدخل السلوكي الذي يشتمل على برامج التدريب على الاسترخاء(Jacbson, 1929)، ويعتمد

على كف القلق عن طريق إحداث استجابة مضادة لها بوجود المثير الذي يستجرها. استخدام هذا الإجراء لتقليل المخاوف من المدرسة، ومعالجة بعض حالات العدوان وبعض الأعراض السيكوسوماتية، وضبط نوبات القلق.

ففي دراسة (Lazorus & Strichart, 1986) التي تعتبر مثالا جيدا عن المخاوف المدرسية لطفل عمره تسع سنوات وكانت الخطوة الأولى في العلاج عمل مدرج القلق وتعريض الطفل لتلك المثيرات تدريجيا، ولوحظ أن استجابة القلق بدأت تتناقص، إلا أن لهذا الإجراء محددات منها: صعوبة استخدام الاسترخاء العضلي لدى الأطفال.

ثانيا: حسب الإشراط الإجرائي:

إن معظم سلوكات التعلم في الصف تحدث بطريقة الإشراط الإجرائي، ومن الأمثلة عليها: الخطة التربوية الفردية، والأهداف التي تتعلق بالعلاقات بين الطلاب والمعلمين والوالدين، ودعم العاملين في المدرسة. ولا بد من استبدال السلوكات المتكررة غير المناسبة بسلوكات مقبولة، وهذه الأهداف يمكن تحقيقها من خلال التعزيز الإيجابي والإطفاء والعقاب والإقصاء والتعزيز السلبي.

ولدى السلوكيين افتراض أن السلوك التكيفي واللاتكيفي يخضع لقوانين التعزيز، وحسب ما أشار إليه (Robert) فإن قوانين التعزيز تتضمن ما يلي:

- أن يكون التعزيز مناسبا، وأن يتبع السلوك مباشرة، ويكون مناسبا زمنيا ما أمكن (التغذية الراجعة) مع مراعاة نوعية التعزيز.

وقد طبقت الإجراءات السلوكية بنجاح على عدد من الاضطرابات كالأوتزم (التوحد)، والعصاب، واضطراب الدافعية (Shea, 1978).

وبشكل عام، تعارض السلوكية إطلاق تسميات على الطفل بأنه مريض أو شاذ، وتنظر للسلوك اللاتكيفي والتكيفي على أنه يحدث بسبب عملية التعلم.

أشار (New Comer, 1980) إلى بعض الافتراضات الحاسمة في النموذج السلوكي وهي:

1. معظم السلوك متعلم، ويمكن امحاؤه عن طريق تطبيق إجراءات التعلم.
2. يمكن استبدال السلوكات غير المناسبة عن طريق إجراءات التعزيز للسلوكات المقبولة (المناسبة).
3. من الممكن التنبؤ وضبط السلوك إذا تمت معرفة الخصائص البيئية. (Steven & Conoley, 1984).

هذا ويمكن استخدام مبادئ تعديل السلوك في الصف، والهدف الأساسي لتعديل السلوك هو تحديد السلوكات المنحرفة التي تتداخل مع التعليم، ومساعدة الطفل على تطوير سلوكات تكيفية.

أما الإجراءات المطلوب من المعلم القيام بها سواء في الصف أو في الموقف التربوي فهي كما يلي:

1. ملاحظة السلوك المستهدف وتحديده (السلوك غير المرغوب فيه الذي يجب تعديله).
2. اختيار التعزيز المناسب وتقديمه في الوقت المناسب.
3. إعداد برامج تدخل وتصميمها بحيث تعتمد على مبادئ تعديل السلوك.
4. مراقبة فعالية البرنامج. (Shea, 1978)

أمثلة واقعية على تعديل السلوك لأطفال مضطربين سلوكيا:

يفترض الاتجاه السلوكي أن كلّ إنسان يتعلم السلوكات التكيفية وغير التكيفية، وأن هناك نوعين من الاستجابات (بناء على ما يسمى بالإشراط) الاستجابة الكلاسيكية والاستجابة الشرطية، ففي الاستجابة الكلاسيكية تكون الاستجابة متعلمة من خلال إقرانها بالمثير مرات عدة، فعلى سبيل المثال ربما يقوم أحد الأطفال بالصراخ (وهو خائف) بصوت مرتفع عندما يشاهد وردة صفراء، فعند إقران ظهور الوردة الصفراء مرات عدة مع حالات

الخوف، فإن الطفل سوف يعطي ردة الفعل نفسها (الصراخ) عند ظهور الوردة الصفراء في أي موقف.

يقوم الإشراط الإجرائي على أساس مبدأ تعديل السلوك، وإن السلوك الذي يقوم به الإنسان متعلم، حيث إن التعزيز يتبع ظهور الاستجابة، فعلى سبيل المثال لو أردنا من الطالب أن يكف عن البكاء والصراخ داخل غرفة الصف، فإننا نقرن ظهور السلوك بالإهمال وهكذا، فإنه وبمجرد ظهور السلوك نهمله ولا نقدم أي تعزيز له، فإنه سوف يتلاشى لأن استجابة الصراخ لم يتم تعزيزها، وعندما يقوم ذلك الطفل بالتحدث بطريقة هادئة ومناسبة نقوم بتقديم التعزيز المناسب فيحصل ما يسمى بالإشراط الإجرائي، وهو أن المعزز قد اقترن بمجرد ظهور الاستجابة المناسبة.

ولو افترضنا أن طفلا ما يقوم بالقفز على المقاعد داخل الصف وقام المعلم بالصراخ عليه، فربما يكون صراخ المعلم بمثابة تعزيز للطالب لأنه قد يكون الهدف من السلوك هو لفت الانتباه للمعلم، وبالتالي فإن حديث المعلم وصراخه عليه يعتبر بمثابة تعزيز.

ولكن لو تحدث المعلم بصوت هادئ ومعقول مع الطالب الذي قام بسلوك القفز على المقاعد، وعززه مباشرة بعد قيامه بهذا السلوك (الجلوس)، فإن سلوك القفز يتلاشى عندما يعزز السلوك المقابل له (الجلوس).

وهناك ما يسمى بالتعزيز الرمزي عن طريق ما يمكن تسميته (بالفيش)، فلنفرض أن المعلم قد قرر استخدام أسلوب التعزيز الرمزي مع طالب يقوم بسلوكات غير مرغوبة داخل الصف (القفز على المقاعد)، فإنه يمكن للمعلم أن يقدم فيشة معينة للطالب كلما قام بالجلوس الصحيح، وعند جمع (10) فيش، يقوم المعلم بإعطاء تعزيز مساو، فالمعلم هنا يقوم بعملية تشكيل للسلوك كلما قام الطالب بالاقتراب من السلوك النّهائي وذلك باستخدام الفيش. (Uhlin,1984)

مريم طالبة تبكي بشكل مستمر ودائم عندما يحضر والدها إلى المدرسة، ولا تحاول حلّ الوظائف المدرسية.

كانت المعلمة تعززها عن طريق إعطائها ألعابا مناسبة، وعن طريق قراءة القصص المسلية لها عندما تحاول الهدوء والانضباط داخل الصف وعند محاولتها حل الوظائف المدرسية، وعندما كانت مريم تقوم بالبكاء فإن المعلمة كانت تدير ظهرها وتهملها وتدرس طفلا آخر، وعندما كانت تكف عن البكاء كانت المعلمة تعود لتعليمها.

بعد تطبيق هذا البرنامج بشهرين ظهر لديها سلوك آخر وهو الكفّ عن البكاء، والقيام بتقبيل المعلمة ومعانقتها. حاولت المعلمة مناقشتها والتوضيح لها بأن سلوك التقبيل هو سلوك غير مقبول داخل غرفة الصف، وكانت تقوم بإهمال ذلك السلوك عندما تقوم به، وتعززها عندما تكف عنه حتى امحاء السلوك.

وبعد ذلك، كانت المعلمة تقوم بتعزيز مريم كلما اقتربت من زملائها وشاركتهم نشاطاتهم، حتى استطاعت أن تتكيف مع الجو الدراسي داخل غرفة الصف. (Dunn, 1973)

ثالثا: حسب نظرية التعلم بالملاحظة

إن كل ما ذكر من تطبيقات يحدث في الصف، لكن لعب الدور له فائدة في التدرب على تقليل الحساسية، والتدرب على المهارات الاجتماعية.

فوائد لعب الدور في المواقف مع المجموعة:

1. التفاعل الاجتماعي.
2. كل طالب يتقدم يقدم وظيفة نموذجية للأعضاء الآخرين في المجموعة.
3. الضبط الاجتماعي في بعض المواقف يدفع الطلاب لمحاولة إبداء سلوكات يتم تعلمها.
4. الضبط الذاتي الذي هو أساسي لكل تكنيكات الإشراط، ويعتمد بشكل كبير على النمذجة والمعززات المشروطة، ويقصد به أن يقوم الفرد بتعزيز ذاته على سلوكات يختارها بنفسه. (عدم التدخين لتجنب السرطان) حياة الأطفال في

البداية تكون مضبوطة بمعايير خارجية كقواعد الآباء والمعلمين، ويهدف الضبط الذاتي للتقيد بالمعايير التي تكون مفروضة على الفرد ذاتيا وتظهر عن طريق معززاتهم وعقابهم. ويقصد بهذا المفهوم الفعالية الذاتية كما يقول كازدين .(Kazdin, 1975)

ويمكن التدرب على الضبط الذاتي من خلال خمسة تكنيكات مختلفة هي :

1. ضبط المثير.
2. المراقبة الذاتية.
3. التعزيز الذاتي أو العقاب الذاتي.
4. التعلم الذاتي.
5. التدريب على الاستجابة البديلة.

إحدى فوائد الضبط الذاتي هو إمكانية تطبيقه في المعالجة ، واستخدامه مع الأطفال المضطربين سلوكيا الذين لديهم نشاط زائد وأخطاء اندفاعية.

أولا : ينمذج المجرب المهمات ويعلم نفسه ويضع مهمات حول المهمة، ويجيب عن الأسئلة، ويخطط لسلوكه، ويوجه هذه الأفعال، ويعزز ذاته، وبعدها يقلد الطلاب ويعلم نفسه بصوت مرتفع، وبعد ذلك دون صوت أو تحريك للشفاه.

هذا النوع من الضبط الذاتي يؤثر في تقليل الأخطاء الاندفاعية مقارنة بمجموعات لم تدرب. كما يستخدم الضبط الذاتي مع الطلاب العدوانيين، مثل تكنيك السلحفاة إذ يتخيل الطلاب أنفسهم سلاحف تنسحب من المخبأ وتمارس الاسترخاء العضلي، وتستخدم طرق حل المشكلات لإحداث استجابات اجتماعية بديلة . (Paul & Epanchin, 1992)

ويوضح كلازيو وبلون (1967) وآستر (1982) أسباب انتشار الأسلوب السلوكي بين المدرسين الذين يعملون مع المضطربين سلوكيا كما يلي :

1. الأسلوب السلوكي عملي.

2. يركز الأسلوب السلوكي على الملاحظة، ويساعد المدرسين على أن يكونوا أكثر وعيا بنوعية مشاكل الطلبة وبقدراتهم الخاصة.

3. الأسلوب السلوكي بسيط وسهل الفهم.

4. يركز على المعززات الإيجابية لزيادة تكرار السلوك الإيجابي.

5. يسهل على المدرسين التعامل مع السلوك الملاحظ مباشرة حيث إن المدرسين غير مؤهلين للكشف عن أسباب السلوك.

بعض الانتقادات التي وجهت للنموذج السلوكي:

- يركز الاتجاه السلوكي على السلوكات البسيطة وهو غير فعال في تطبيق إجراءاته على المشاكل الإنسانية المعقدة.

- يظهر السلوكيون أحيانا عدم اتفاق للمبادئ الأولية للنضج والنمو والدافعية الداخلية ورفضهم للعمليات الداخلية والمعرفية. ويتضح في حالة المضطربين سلوكيا أن الحاجة لفهم لماذا حصل؟ ومعرفة ماذا حصل؟ لا يكفي!.

- إن تعديل سلوك شخص يتضمن أسئلة جادة حول القيم التي لم يتم التعامل معها بعد على نحو ملائم. يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار أننا لا نغير الأطفال من أجل إرضاء الكبار، فالأطفال السلبيون الهادئون الذين يسهل التعامل معهم يمكن ألا يكونوا أسوياء!.

- بعض الجوانب الإيجابية في البرامج السلوكية لا تستمر مع الوقت، وبعض البرامج السلوكية تظهر صعوبة في جانب انتقال التعلم، وغير قادرة على مساعدة الفرد لنقل المهارات التي تعلمها لمواقف مشابهة.

- لا يحتمل أن يوجد نموذج يفسر كل السلوكات لكل طفل. (Steven & Conoley, 1984)

النظرية البيئية

تقوم النظرية البيئية على مبدأ أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي تحدث للطفل لا تحدث من العدم أو من الطفل وحده، بل هي نتيجة التفاعل الذي يحدث بين الطفل والبيئة المحيطة به.

ويقول البيئيون إن حدوث الاضطراب السلوكي والانفعالي لدى الأفراد يعتمد على نوع البيئة التي ينمو بها، فالبيئة السليمة لا تؤدي إلى حدوث اضطراب لدى الطفل.

فالنظريات النفسية المختلفة ودراسة السلوك الإنساني وتطبيقاتها في تدريس الطفل المضطرب سلوكيا، مبنية على أساس الفلسفة النظرية الفردية للإنسان والطبيعة والعالم. (Swanson, 1984)

يعرف هارنج وفيليب (Haring & Philips) المضطرب سلوكيا بأنه "الشخص الذي لديه مشاكل شديدة مع الأشخاص الآخرين مثل الرفاق أو الآباء والمدرسين".

فالمضطربون سلوكيا هم غير السعيدين وغير القادرين على موافقة أنفسهم مع قدراتهم واهتماماتهم، وبشكل عام المضطرب سلوكيا هو الذي لديه نماذج سلوكية كثيرة فاشلة بالمقابل مع النماذج السلوكية الناجحة.

والطفل المضطرب سلوكيا يحتاج لنوع معين من البيئات بحيث يتجه ويميل للنمو بشكل طبيعي، فهو يحتاج إلى خبرات منتقاة ليتحمل المسؤوليات ويتعلم بشكل أكثر فاعلية كي يتجه لممارسة أمور حياته العامة بشكل طبيعي. (Shea,1978) والنظرية البيئية تميل لربط الفرد في البيئة في مفهوم واحد، فالفرد لا ينفصل عن بيئته وبالتالي فإن مشاكل الفرد تصبح شائعة لدى المجتمع. ولا يتمّ التعامل مع المشاكل بشكل فردي وكنتيجة إذا كان هناك اضطرابا لدى المجتمع، فإن الفرد سيتأثر بالبيئة، فالنظام البيئي يقدم لنا نموذجا يقول: "لقد أسأت لي، وأنا سوف أسيء لك!". يقول لويس (Lewis, 1970) إن الأطفال يحتاجون لأكثر من برنامج تعليمي جيد، لأن التخطيط البيئي يقترح تضمن النظام البيئي الكلي للطفل الذي يشمل الأفراد الذين يعيش ويتفاعل معهم. (William & Van Osdel, 1977)

فالناس جميعا لديهم وجهات نظرهم أو اعتقاداتهم الخاصة التي يفهمون ويطوعون بها العالم، ووجهة النظر هذه تتضمن الإدراك الشخصي لذاته ولتصرفاته وإدراكه للأشخاص والأماكن والأحداث التي تبني عالمه. فكل منا لديه وجهة نظره أو اعتقاده الشخصي الفريد.

والفلسفة الشخصية للفرد وعالمه تعتبر حرجة، لأنها ذلك العنصر الذي ينقل طاقته للفرد ويعطيها شكلا واتجاها معينا، وبالتالي يؤثر على نوعية تصرفاته. وهكذا فإن الفرد ينمو ويستجيب لعدة أسئلة حول نفسه والآخرين والبيئة، ومن بين هذه الأسئلة: من أنا؟ ولماذا أنا موجود؟ لماذا أتصرف نحو نفسي والآخرين والبيئة بهذه الطريقة؟ هل يستطيع الإنسان تغيير العالم؟ هل يستطيع تغيير سلوكنا وسلوكات غيرنا من السلوكات غير المناسبة إلى السلوكات المناسبة؟ من السلوكات غير المنتجة وغير المقبولة إلى السلوكات المنتجة والمقبولة؟ من السلوكات الهدامة إلى السلوكات البناءة؟ من السيء إلى الأحسن؟ هل يجب تغيير السلوك؟ ولماذا؟ وبواسطة من؟ هل يمكن استخدام أي شيء لتغيير السلوك؟ . . . هذه الأسئلة وغيرها تسهل تطور الفلسفة الفردية للشخص والطبيعة والتعليم.

وهذه الفلسفة الذاتية سواء كانت واعية أم غير واعية فإنها تظهر ويتم التعبير عنها في تصرفاتنا.

فهي عنصر هام في اتخاذ القرارات الشخصية والمهنية، ونظراتنا واعتقاداتنا عن الأشخاص هي نظرة ذات معنى نطبقها ونوظفها في تصرفاتنا اليومية مع الآخرين.

وعلم البيئة هو دراسة للعلاقة المتبادلة بين الكائن الحي والبيئة، وعند توظيفه مع المضطربين سلوكيا يصبح علم البيئة هو دراسة للعلاقة المتبادلة بين الطفل أو المجموعة مع الأفراد والجماعات والعناصر الأخرى في البيئة. (Shea, 1978)

البعض يقول إن حالة الآباء الزوجية في غاية الأهمية لمعرفة أسباب الاضطراب، والبعض يقول إن الظروف العامة للمنزل أو الأسرة هي المسؤولة، والبعض الآخر يقول إن بيئة المدرسة هي المسؤولة.

أولا: أثر الأسرة والعامل الأسري

يعكس سلوك الأطفال الاتجاهات والآراء والمعايير والظروف التي مرت عليهم وقدمت لهم خلال الأسرة، فعوامل معينة مثل مشاكل الوالدين، والحرمان، والضغوطات من أجل الحصول على سلوكات ناضجة جدا. . . وغيرها من المواقف التي تحدث داخل الأسرة بالتأكيد ستساهم في الاضطرابات السلوكية. هناك معايير معينة للسلوك ضمن أية أسرة، وبالتالي فإن الطفل الذي ينمو في بيئة ثقافية معينة، ثم تنتقل الأسرة لسبب أو لآخر إلى منطقة أخرى، فإنه يجد نفسه تحت تأثير البيئة الجديدة وتدخلها لتغيير سلوكه، فعليه تقبل بعض المعايير السلوكية الجديدة التي لم يعتد عليها.

كما أن الحالة الاجتماعية الاقتصادية لدى الأسرة تحدد شكل الفرص التي ستتوفر للتعلم الاجتماعي، فبعض الأطفال لديهم مزيد من الفرص للتعلم من خلال المواقف الاجتماعية، إضافة إلى أن اتجاهات أصدقاء الطفل وأفعاله سيكون لها التأثير الكبير على سلوكه الكلي. (Woddy, 1969)

يميل الأخصائيون في الصحة العقلية إلى وضع اللوم في الاضطرابات السلوكية على العلاقة بين الوالدين والطفل، والبعض يعتقد أن جميع المشاكل السلوكية الشديدة نشأت من خلال التفاعل السلبي المبكر بين الأم والطفل.

على العموم، فإن الدراسات حول العلاقات الأسرية تضمنت أن تأثير الآباء على الأطفال ليس بالأمر السهل، وأن الأبناء يؤثرون على الآباء بالطريقة نفسها. ويبدو واضحا أن التأثيرات والتداخلات الأسرية "تفاعلية وانتقالية" وعلاقة الآباء والأبناء مع بعضهم البعض هي علاقة تبادلية، وأن الانتباه لحاجات الطفل مثل الحب والاهتمام والتعزيز واستخدام أسلوب العقاب والتهذيب المناسب، سيؤدي إلى تحقيق سلوكيات مرغوبة لدى الأطفال. (Hallhan & Kauffman, 1978)

ثانيا: العامل المدرسي

يكون بعض الأطفال أصلا مضطربين سلوكيا قبل مجيئهم إلى المدرسة، ويطور

البعض الآخر الاضطراب السلوكي في المدرسة، والأطفال المضطربون سلوكيا قبل دخولهم المدرسة يصبحون أسوأ أو أفضل، ويعتمد ذلك على طريقة وضعهم والتعامل معهم في الصف الدراسي.

فالأداء السلوكي والخبرة للطفل ستتفاعل مع سلوكات الأصدقاء والمدرسين، وعندما يدخل طفل ما المدرسة ويكون لديه اضطراب سلوكي وقليل من المهارات الأكاديمية والاجتماعية، فإنه سيحصل على اتجاهات سلبية من قبل رفاقه ومدرسيه.

وهناك خطر حقيقي في أن مثل هذا الطفل سيصبح محاطا بالتفاعل السلبي بحيث يصبح مزعجا ومنزعجا من قبل المدرسين والرفاق. وأخيرا، فإن بيئة المدرسة ربما تكافئ وتعزز السلوك غير السوي للطفل بواسطة الانتباه الخاص، حتى لو كان هذا الانتباه عبارة عن العقاب، فالطفل غير المقبول من قبل رفاقه ولا يتلقى الانتباه، ربما يميل للشجار مع رفاقه لجلب الانتباه له حتى لو كان ذلك بالطرق السلبية (Hallahan & Kauffman, 1982).

ومن أساسيات النظرية البيئية أنه ليس هناك سلوك مضطرب بالوراثة، إذ لا بد من النظر للسلوك في محتواه قبل فرض أحكام الاضطراب، وهو نتيجة عدم التوازن والتطابق بين الأفراد والمحتوى البيئي، وعن طريق إحداث تغيرات في الفرد أو البيئة أو كليهما، يمكن أن يعمل على تخفيض حدة الاضطراب (Paul & Espanchin, 1992).

كما أن النظرية البيئية لا تعتبر الاضطراب السلوكي مرضا للطفل، بل تنظر للنظام كمعيق. وحسب النظرية البيئية، يجب أن يتم التركيز على عدم التوازن بين الفرد وبيئته.

إن التصورات البيئية للاضطراب السلوكي والانفعالي لها جذور في الأنظمة المختلفة، ومن بين المنظرين لذلك المفهوم أخصائيون أنثروبولوجيون عملوا على توضيح العلاقة المتبادلة بين الأفراد وبيئاتهم والطبيعة المتصلة بالانحراف. كما يتشكل المفهوم البيئي من حقلي: الطب والاجتماع. ويتفق البيئيون على أن السلوك ناتج عن التفاعل بين القوى الداخلية وظروف البيئة.

ومن الافتراضات المتعلقة بالنظرية البيئية :

1 . إن كل طفل هو جزء لا ينفصل من نظام اجتماعي صغير .

2. الاضطراب ليس مرضا يصاب به الطفل ، بل هو نتيجة لعدم التوازن بين الفرد والبيئة .

3. الاضطراب يمكن أن يتحدد من عدم التكافؤ بين قدرات الأفراد وتوقعات البيئة ومتطلباتها . (Steven & Conoley, 1984)

المفاهيم البيئية

الوحدة الأغلب شمولا هي النظام (Ecosystem) ، وهي شكل من أشكال التواجد أو عدم التواجد في وقت منتظم ومكان منتظم ، بحيث يكون بينهما ترابط ، وتشتمل المكونات على الموضوعات المادية ، والأنظمة ضمن النظام (Ecosystem)، ولا يشتمل الوقت على الوقت العادي بالساعة فقط ، بل بالحوادث وجداول تسجيل الوقت .

ويشتمل المكان على الحيز المادي والنفسي ، وعند تمثيل هذه المفاهيم على الصف فإنها تكون كالتالي :

المكونات : المقاعد ، والكتب ، والأطفال ، والمعلم ، والمساعد ، والطاولة . . .

الوقت : التاسعة والربع صباحا ، السبت ، اليوم ، يوم قبل الإجازة ، يومان بعد الانفعال الحاد ، قراءة الوقت .

الحيز : غرفة 20 × 30 ، الجدران مطلية بالأخضر ، إضاءة ، سجادة .

بالإضافة إلى هذه الأبعاد فإن النظام في الصف له جوانب ديناميكية .

يقوم المنخرطون في البيئة بنشاطات مختلفة ، كل نشاط يتميز عن طريق فرد مستقل ، وبين الأنشطة فواصل زمنية . والصف بالطبع لا ينفصل عن المدرسة ، والروتين حيث لا يتعلق فقط بالأنشطة العادية المتكررة ، بل هناك روتين خاص مثل وقت المكتبة والتمارين .

توجد المدرسة ضمن حيز المجتمع، لذلك فإن بعض مكونات المجتمع لها علاقة مع عناصر مكونات المدرسة، فالآباء هم جزء من المدرسة والمجتمع، كذلك العاملون، ومن الممكن العمل مع هذه العلاقات المتبادلة لخدمة الطفل المضطرب سلوكيا وانفعاليا. (Paul & Espanchin, 1992)

المنظور البيئي يتشكل من قانونين أساسيين

1-البحث عن التوازن في النظام، وهو ضروري لمنع حدوث الاضطراب، ويتم عن طريق أربع عمليات:

التكيف: Adabtation

التمثيل: Assimiliation

الاخراج(الاحالة): Suecession

التتابع: Expulsion

يحدث التكيف عندما يتم تغيير مكون واحد من أجل التلاؤم مع بقية النظام، وإذا لم يحدث التكيف واستمر الاضطراب، فإما أن يشمل النظام الاضطراب عن طريق تأسيس بيئة جديدة أو يرفضه من النظام. وإذا لم يكن هناك إمكانية للتكيف مع عنصر الاضطراب فإنه يحدث تمثل أو طرد أو تتابع بيئي.

ولتوضيح ذلك نفترض أن (س) لديه مشكلة في غرفة (ص)، ولنقل إنه لا يريد الجلوس مكانه، وأمامه عدة طرق منها: تعديل سلوكه (تكيف)، أو وضعه في الزاوية (تمثيل)، أو إرساله لمكتب المدير (إخراجه)، أو العمل على إيجاد صف ليس من الضروري فيه الجلوس (تتابع).

2- العلاقة المتبادلة بين عناصر النظام، حيث إن أي تغير يطرأ على مكون واحد يؤدي إلى تغير في المكونات الأخرى وفي النظام كله. وقد طور الباحثون في الاتجاه البيئي وسائل لجمع المعلومات منها: الاستبانات ومقاييس الملاحظة والتسجيلات الحية.

النظام: وحدات التحليل

الصف كنظام : يتم التركيز على عدة ظواهر من قبل البيئيين .

- التفاعل بين الطالب والمعلم ، وهذا التفاعل ظاهرة أساسية في الصف ، وقد أشارت الأبحاث إلى أنه يؤثر على السلوك الصفي ، وهناك ثلاثة عوامل ممكن أن ترتبط في الصف السلطوي وهي :

التنافس ، والضبط المرتفع من قبل المعلم ، والتأنيب القاسي .

ففي دراسة لآثار أشكال تأنيب المعلم المختلفة ، وجد أن التأنيب بصوت منخفض هو أكثر فعالية مع الطلاب المضطربين سلوكيا وانفعاليا . (Oleary & Wilson , 1975)

كما أشارت الدراسات إلى وجود علاقة بين الضبط العالي للمعلم والتنافس وآثارهما على زيادة التغيب . وتتم دراسة الاختلافات البيئية بين برامج الأطفال العاديين والخاصة للمضطربين سلوكيا وانفعاليا في مرحلة ما قبل المدرسة والاختلافات في العلاقة بين الطلاب والمعلم .

وقد وجد أن هناك تفسيرا أكثر للقواعد والتوقعات السلوكية في الصفوف الخاصة . ولكن كان هناك تجاهل وإهمال أكبر للسلوك غير المناسب في البرامج العادية .

وفيما يتعلق بالتفاعل بين الطلاب ، فإن المحاولات الحديثة تهدف إلى الاستفادة من العلاقة التفاعلية بين الطلبة لدعم فكرة دمج الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا . وقد وضّح جونسون (Johnson, 1980) أهمية العلاقة كما يلي :

1. تؤثر على التحصيل والإنجاز التربوي .
2. تساهم في تغيير القيم والاتجاهات وطرق التعامل في المجتمع .
3. مؤشر تنبؤي لمستقبل الصحة النفسية .
4. يتم تعلم مهارات اجتماعية ضرورية من خلالها ، وتقلل من العزلة الاجتماعية .

5. تساهم في عدم وقوع مشكلات في مرحلة المراهقة مثل المخدرات .

6. تزود بمحتوى يتعلم الأطفال من خلاله التحكم بالعدوان والاندفاعات .

7. تساعد على نمو عملية التنميط الجنسي وتطوره .

8. تؤثر على الاتجاهات نحو المدرسة .

البناء Structure

تناولت عدة دراسات أثر البناء على السلوكات ، وقد أشارت دراسة (Oleary) أن قوة بيئة الصف يمكن أن تربك أي تغير يحدث في سلوك الفرد . وأشير للصف المفتوح وفائدته للأطفال المضطربين سلوكيا ، فالمرونة والمسؤولية والاستجابة والاحتمالية الأقل للاضطراب حيث إنه وحسب الدراسة يكون من السهل ملاحظة السلوك المنحرف فيه . (Paul & Epan-chin, 1992)

المدرسة كنظام

إن نظام المدرسة كنظام الصف له عناصر متفاعلة لها أهمية في فهم الاضطراب السلوكي وسيتم توضيحها كما يلي :

مواقف السلوك Behavior Settengs

المدرسة ليست متناغمة ، بل تشتمل على عدد من المواقف السلوكية : الصفوف العادية والخاصة والمكاتب ، لم يدرس أثر هذه المواقف على السلوك بعناية ، ففي دراسة (Oleary) السابقة المتعلقة بعمل برامج تدخل قصير المدى مع الأطفال الذين لديهم اضطراب في سلوك التصرف ، اختفت هذه الاضطرابات عندما عادوا لصفوفهم العادية ، مما جعل الباحثين يستنتجون أن الصف العادي كان مختلفا عن الصف الخاص ، حيث لم تتم رؤية الذخيرة السلوكية المكتسبة خلال التدخل مطبقة في موقف جديد . وهذا المؤثر استخدم لدعم بقاء المضطربين سلوكيا وانفعاليا في صفوف خاصة ، وبتلك الوسيلة يمنعون من التكيف في بيئة الصف العادي .

العلاقة مع المعلم

الطريقة التي يرتبط بها المعلمون لها تأثير على طريقة تفاعلهم مع الطلاب المضطربين سلوكيا وانفعاليا، فغياب أو وجود الدعم المهني تشمل (تعليم الفريق) العلاقة التي يمكن أن تبرهن أو تنفي دور المعلمين كمصادر للتعامل مع السلوكات المشكلة غير المرغوب فيها في الصفوف، وهناك أهمية لعلاقة المعلم مع معلم التربية الخاصة.

- **التنظيم والفلسفة:** بالطريقة التي تختلف فيها المدرسة في تنظيمها وفلسفتها، يمكن التوقع أن هناك اختلافات بين المعلمين في نظرتهم للسلوك المنحرف.
- **البرامج الخاصة:** تؤثر برامج التدخل على النظام البيئي لها، وليس فقط برامج مثل (غرفة المصادر) والمتطوعين، لها تأثير في خدمة الطلاب بل سوف تؤثر على المنهاج وبرامج الصفوف العادية، وأهم عامل في فعالية الدمج هو مركز خدمات دعم معلمي الصفوف. (Moos, 1979)

المدرسة ضمن نظام المجتمع:

1. **الموقع** Location

فيما يتعلق بالمقارنة بين صفوف الريف والمدينة، فقد وجدت صفوف القرية أكثر تناسبا، وأقل تنظيما من صفوف المدينة، كما أن العلاقات بين الأسر والمعلمين في الريف أكثر وضوحا، بينما كان الأقران نماذج مهمة للأطفال في المدينة.

1. مشاركة الآباء في المدينة أكثر وضوحا مما هي في القرية.
2. شبكات الخدمات متوفرة في المدن أكثر من توفرها في القرى.

الاضطراب البيئي

1. **الطفل كعامل اضطراب:** يشاهد الطفل كقوة تعيق استمرار النشاط الصفي ، وكل ذلك عن طريق برامج تدخل سلوكية طبية بيئية ، وإذا لم ينجح فيجب أن ينزع الطفل ويوضع في بيئة علاجية . ويأخذ الاضطراب عدة أشكال منها : مهرج الصف ، ومحامي الصف ، والطفل الباكي ، وكبش الفداء .

2. **البيئة كعامل اضطراب:** تكون البيئة أحيانا سببا في الاضطراب نتيجة لمواقف هي :

أ. مواقف ضمن الصف (المدارس الحكومية فيها تنافس ومتطلبات أكاديمية غير مناسبة لتعلم مكثف ، وأتوقراطي ، وإثارة وقلة انتباه زائدين ، وليس كل الأطفال قادرين على التعايش مع هذه المواقف . من هنا فإن المضطرب سلوكيا و انفعاليا هو من ليس لديه قدرة على التكيف في المواقف الصفية .

ب . يحدث أحيانا صراع بين متطلبات البيت والمدرسة أو الصف العادي وغرفة المصادر ، ويجب معالجة ذلك عن طريق إيجاد توقعات واقعية من الأطفال .

ج . الافتقار للتلاؤم بين السلوك والبيئة .

التدخل البيئي Ecological Intervention

يتم التركيز من خلال التدخل على البيئة والطفل ، بحيث يحدث نوع من التلاؤم بينهما ، ثم تطوير برامج تدخل يوضح فيها إمكانية استخدام المناحي النظرية الأخرى لتحقيق أهداف التدخل البيئي ، وصنف في ثلاثة جوانب :

1 . مواقف مؤسسية مصطنعة مثل مشروع إعادة التعليم Re -education .

2 . مواقف المجتمع الطبيعية مع الجانحين ومع الأسر ، وعلاج يعتمد على شبكات الخدمات الموجودة .

3 . مواقف المدارس الحكومية :

أ . الطلاب كعامل مغير للسلوك .

ب. مقابلات حية .

ت . تدخل مساوي في النظام .

ث. توسيع دور المعلم، وضبط وتدخلات صفية . (Steven, conoley, 1984)

وللتعرف على بعض البرامج العلاجية التي تأخذ بالمنحى البيئي، فسأعرض لأبرزها وهو مشروع إعادة التعليم .

مشروع إعادة التعليم Project of Re - Education

يعد من أفضل الأمثلة كبرنامج علاجي بيئي حيث ينظر فيه للاضطراب السلوكي والانفعالي كمشكلة تربوية أكثر منها مرضية، ويعتمد على إعادة التكيف وإعادة التعليم في محيط الطفل الاجتماعي، مفضلا ذلك على العلاج النفسي التحليلي .

بدأ في عام 63 / 62 وضمّ أطفالا أعمارهم بين 21-6 سنة، مستوى الذكاء متوسط أو أعلى، ولديهم اضطرابات سلوكية حالت دون بقائهم في المدرسة العادية، وكانوا يقيمون في مدرسة لإعادة التعليم خلال خمسة أيام في الأسبوع ويذهبون لأسرهم في نهاية الأسبوع .

ووصف هوبز فريقا يتكون من ثلاث معلمين يعملون على إعادة التوازن بين الأطفال وأنظمتهم الاجتماعية، وذلك من خلال استراتيجيات تنطلق من اهتمامها بالسلوك والتوقعات لدى الأطفال المضطربين .

وضع هوبز عام (1966) قائمة تحوي اثني عشر مفهوما في صميم عملية إعادة التعليم وهي :

1 . أهمية أن يعيش الطفل وقته .

2. استغلال الوقت الكافي: متوسط الإقامة في المركز هو ستة أشهر.

3. الثقة أساسية: العمل على إعادة الثقة من خلال المسؤولين عنهم.

4. الكفايات: إتقان الطفل لكفاية معينة تزيد من ثقته بنفسه وبالآخرين.

5. يجب السيطرة على الأعراض ومحوها.

6. اكتساب المعرفة ممكنة عن طريق المقابلة وتمييز العلاقات.

7. يجب إشباع المشاعر، تشجيع التعبير عن المشاعر وتدريبها.

8. الجماعة مهمة للأطفال، لدعم بعضهم البعض وتشجيعهم.

9. الطقوس كجزء من البرامج لتعليم الضبط والثقة بالنفس.

10. الجسم هو درع النفس الواقي.

11. المجتمعات لها أهمية.

12. يجب أن يشعر الطفل بالسعادة.

تمثل هذه الأساس لبرنامج إعادة التعليم الذي وضعه هوبز، واعتبره الملجأ الأخير للمضطربين قبل وضعهم في مؤسسات خاصة. (Newcomer, 1980)

النظرية البيوفسيولوجية

أشار كيرك إلى أنه خلال العقود القليلة الماضية كان هناك ميل شديد للاعتقاد بأن المشاكل السلوكية في المحيط الاجتماعي تعود إلى التفاعل القائم بين الطفل وأسرته، أو بين الطفل ورفاقه وجيرانه والجوانب الاجتماعية الموجودة في المجتمع. وفي السنوات الأخيرة بدأت العوامل البيولوجية تأخذ مكانا كعوامل مسببة للاضطرابات السلوكية والانفعالية. (Kirk, 1989)

يرى بعض المؤيدين لهذه النظرية بأن بيئة الفرد الخارجية External Environment لا تشكل أية أهمية بالنسبة للمشاكل السلوكية، ويشير آخرون من أتباع هذه النظرية أن هناك

أهمية للعوامل الخارجية على السلوك، وذلك كعامل مثور للعضوية لاستثارة السلوك.
(Shea, 1978)

يعتقد بعض المختصين أن كل الأطفال يولدون ولديهم الاستعداد البيولوجي، ومع أن هذا الاستعداد قد لا يكون السبب في اضطراب السلوك، إلا أنه قد يدفع الطفل إلى الإصابة بالاضطراب أو إلى المشاكل. فالأدلة على الأسباب البيولوجية واضحة أكثر في الاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة والشديدة جدا. فمثلا في حالات التوحد (الأوتزم)، فإن الأطفال يظهرون عدم توازن كيميائي، كذلك فإن الجينات غالبا ما تلعب دورا في فصام الطفولة. ومع أنه في بعض الحالات يكون هناك خلل بيولوجي، إلا أنه لا أحد يستطيع أن يجزم القول فيما إذا كانت هذه الأسباب الفسيولوجية هي السبب في اضطراب السلوك، أو أنها مصاحبة لها بطريقة غير معروفة. (Heward & Orlansky, 1988)

وأشار هالاهان و كوفمان (1982) إلى أن السلوك يمكن أن يتأثر بالعوامل الجينية والعصبية والبيوكيميائية، أو بأكثر من عامل منها، وإلى أن هناك علاقة بين جسم الفرد وسلوكه، لذلك من المنطق أن ينظر إلى العوامل البيولوجية على أنها وراء الاضطراب السلوكي والانفعالي، ونادرا ما يكون بالإمكان إظهار العلاقة السببية بين العامل البيولوجي المحدد والاضطراب السلوكي والانفعالي.

كما أشار (Rimland, 1964) إلى أن معايير وأسباب نشوء المشاكل، والخلل العقلي والدماغي ليست فقط بيئية فحسب، بل هي أيضا عضوية وراثية، وقال أيضا إن النواحي البيئية الاجتماعية والنفسية ليس لها ذلك المعيار العميق في هذا المجال الدراسي للاضطرابات الدماغية والسلوكية.

وفي كثير من سلوكات الأطفال العاديين بعض الاضطرابات البيولوجية، وبالنسبة للاضطراب البسيط والمتوسط ليس هناك دلائل على أن العوامل البيولوجية وحدها تشكل جذور المشكلة، أما في حالة الاضطراب الشديد، فإن هناك بعض الدلائل التي تشير إلى أن العوامل البيولوجية يمكن أن تساهم في حدوث الحالة. (Hallahan & Kauffman, 1991)

أولا: العوامل الوراثية Genetic Factors

الخلية أساس الكائن الحي، لذا لا بدّ من دراسة الخلية الوراثية، وذلك لمعرفة أسباب الاضطراب الوظيفي عند الأطفال. إن الاتجاه الوراثي هو الاتجاه العلمي الذي يوضح ويفسر أسباب ظهور الاضطرابات، ونظرية الخلية الوراثية لها مقاييس للوقاية ودراسة الاضطرابات النفسية الناتجة عن إصابة الخلايا.

إن اضطرابات الفصام Schizophrenia من المواضيع التي يتم نقاشها بشكل واسع ضمن الاضطرابات الوراثية، فقد وضح ميهل (Meehl, 1969) أهمية معرفة العامل الوراثي في هذا الاضطراب Schizophrenia الدماغي السلوكي، فقد درس ما مدى تأثير التوائم المتشابهة، ووجد أن 58% هي النسبة التي تنشأ في التوائم. أما بس (Buss) فقد وجد أن معدل حدوث هذا الاضطراب يتناسب تناسبا إيجابيا مع وجود التقارب الوراثي عند المريض وأفراد العائلة. وهكذا فإن هذا الخلل الدماغي ينتقل خلال الخلية الوراثية المصابة.

وقد أكدت نظرية معاكسة للنظرية الوراثية أن هناك عاملا بيئيا نفسيا مسببا لمثل هذا الاضطراب الدماغي السلوكي. وعلى هذا الأساس نشأت فكرة أن الوراثة ليست مكافئة لنشوء الاضطراب السلوكي. وقد تم التوصل إلى أن السبب الرئيسي لنشوء الاضطراب الدماغي السلوكي هو وراثي. ولكن لا بد من تأثير البيئة في ظهور هذا الاضطراب.

ولا بد من الإشارة إلى النقاط التالية في مجال العوامل الوراثية:

1. وجود الاستعداد الوراثي لهذا الاضطراب لا يعني أنه سوف يظهر.
2. إذا ظهر الاضطراب، فإنه ليس بالضرورة أن تكون الوراثة السبب المباشر والرئيسي.
3. ليس كل من يحمل الخلية الوراثية (المصابة) يحصل لديه الاضطراب.

وقد يولد الطفل حساسا بصورة أكثر من العاديين، وذلك لعوامل وراثية مما يؤدي إلى أن يسلك في بعض المواقف العادية سلوكا غير عادي(Heward & Orlansky, 1988).

وأورد كيرك وجالجر (1983) عن شوارز (Schwarz, 1979) أن هناك شواهد ثابتة تشير إلى أن للوراثة دورا واضحا في تشكيل سلوك الفرد. (سرطاوي وسيسالم، 1987).

ثانيا: العوامل النمائية: Developmental Factors

يعود هذا المجال إلى دراسات نمو الجنين والأطفال، وقد ورد في تقرير (Bender, 1968)أن عوامل وجود اضطراب في تصرفات الطفل ينشأ منذ الطفولة. وهناك دلائل مثل النبض المنخفض، والتنفس الضعيف، واضطرابات فسيولوجية جسمية وبعض عادات النوم.

يبدأ الفصام عند الأطفال بوجود خلل في نمو الجنين، وبالتالي تكون لديه اضطرابات عضوية معقدة ومتشابكة مع الجهاز العصبي. وتؤكد النظرية النمائية على أن الاضطرابات مهمة في تكون الاضطرابات السلوكية لدى الفرد. وأشارت (بندر) Bender إلى أسباب ظهور القلق عند الأطفال، وعلاقة هذا القلق باضطراب الفصام، وأضافت إن بعض هذه الظواهر السلوكية للفصام هي مجرد دفاع عن النفس، وهي طريقة طبيعية عند المصاب بهذا الاضطراب السلوكي لكي يدافع عن ما قد يتوصل إليه من تفكير في الحياة الطفولية.

وأشار هالاهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 1982) إلى أن كثيرا من الاضطرابات السلوكية تعتبر شائعة بدرجة كبيرة بين الأطفال المبسترين.

ثالثا: العوامل المثورة Arousal Factors

تعود هذه العوامل إلى دراسة أسباب نشوء الحركات والتصرفات غير السوية التي تكون أعراض واضطرابات في الشخصية عند الطفل المتوحد (Autism)، مثلا: قد يلجأ الطفل إلى التصرف غير السوي لأن التركيب الفسيولوجي لا يسمح لهذا الطفل بأن يتفهم معايير الفرق بين التصرف السوي والتصرف غير السوي. وأهم ما في الموضوع هو عدم إدراك هذا الطفل بما يمكن أن ينتج عن هذا السلوك الظاهر.

إن إثارة الطفل المصاب تنتج من التركيب الفسيولوجي، ولا يكون هناك أي إدراك

عن مدى تقبل هذه التصرفات الناتجة عن الإثارة لدى المجتمع، حيث تظهر لنا أنها شاذة وغير طبيعية. (Heward & Orlansky, 1988)

رابعا: العوامل الإدراكية Perceptual Factors

يشير هذا العامل إلى أن السبب الرئيسي لنشوء مثل هذه الاضطرابات الشاذة، هو عدم معرفة الشخص المصاب بما حوله من أمور، وعدم إدراك المصاب ينتج السلوك غير الثابت، ويولد عدم الاستمرارية والثبات في السلوك الإيجابي. وقد نوقش عدد من الاضطرابات السلوكية في هذا المجال أهمها التوحد.

ومن أعراضه:

1. خلل في الإدراك.
2. خلل في التعامل مع الآخرين.
3. اضطراب في الجهاز العصبي.
4. اضطراب في اللغة.
5. اضطراب في النمو.

فعدم الإدراك عند الطفل يسبب تكون الحركة الزائدة التي تولد التصرفات غير الطبيعية، التي تؤدي إلى الهلوسة والإدراك غير الطبيعي الوهمي.

خامسا: العوامل العصبية (النيرولوجية) Neurological Factors

لا بد من وجود إصابات في الجهاز العصبي لنشوء مثل هذا السلوك غير المتوازن، ومن هذا المنطلق يكون السبب المباشر لهذا التغير غير المرئي، ولكن يظهر في التصرف والسلوك غير المقبول. ووضع هذا العامل في الدماغ.

فالدماغ القديم يقوم بموازنة الأحاسيس والتصرفات التعبيرية Expressive، أما الدماغ الجديد (الحديث) فإنه يقوم بتقليل فعالية تأثير الدماغ القديم على الجهاز العصبي وما قد ينشأ من التصرفات المختلفة.

فإذا لم يوجد هذا الجزء المهم من الدماغ، فقد توجد هناك تصرفات وحركات لا إرادية وغير مقبولة في المجتمع. ومن هنا نلاحظ أن إصابة الجهاز العصبي يعتبر سببا رئيسيا في عدم القدرة على التقيد في النظام والتصرفات العديدة والشاذة التي تولد اضطرابا في السلوك، وتكون سببا من أسباب الانعزال.

وقد أشار كروكشانك وآخرون (Cruickshank, etall, 1981) إلى أن سوء الأداء الوظيفي للمخ أو التلف المخي يؤثر بصورة مباشرة على طبيعة سلوكات الفرد.

سادسا: العوامل البيوكيميائية Biochemical Factors

إن استقصاء العلاقة بين كيميائية الدماغ توضح كثيرا من أسباب اضطراب السلوك لدى الفرد، وذلك بأنه قد يحدث خلل في الاتصال العصبي في الخلايا والتشابكات العصبية في الدماغ، فتختلف بذلك كيميائية الدماغ وتضطرب السلوكات الظاهرة الصادرة عن الفرد.

وكذلك المواد الكيميائية في جسم الإنسان من مثل PKUواليورين (Urine) و Phenyl pryuric acid وغيرها من المركبات الكيميائية في جسم الإنسان، فإن نقصانها أو زيادتها في الجسم يؤدي إلى اضطراب السلوك.

وقد أشار Kauffman إلى أن العوامل الفسيولوجية والعوامل البيوكيميائية أو أن اتحاد عاملين مع بعضهما البعض سبب حدوث الاضطرابات السلوكية. (Kauffman, 1989)

بالإضافة إلى العوامل سباقة الذكر يمكن الإشارة إلى المجموعات التالية:

عوامل وأسباب اخرى:

1. خلل عضوي (جسمي) فهناك جزء أو أكثر في الجسم يوجد به نقص في الشكل أو الحجم مثلا (Spinabifida)، وكذلك وجود عيوب في جزء أو أكثر من أجزاء الجسم مثلا (Clubfoot) القدم المشوهة.

2. خلل وظيفي: وجود خلل وظيفي في جزء أو أكثر من أجزاء الجسم مثلا: فقد السمع، فقد البصر... إلخ.

3. أخطاء في عمليات الأيض: الجسم يكون غير قادر على تحويل بعض المواد الكيميائية إلى مواد أخرى لازمة لوظائف الجسم مثل PKU فينيل كيتونوريا و(Tay- Sachs) تي - ساكس.

4. أمراض الدم: الدم غير قادر على القيام بوظائفه الطبيعية مثل الأنيميا (Anemia) وهيموفيليا (Hemophilia).

الخلل العضوي قد يكون ناتجا إما عن الوراثة أو البيئة، والخلل البيئي قد يظهر قبل الولادة أو خلالها أو بعدها.

نتائج البحوث:

إننا نسمع كثيرا عن الاضطرابات السيكوسوماترية (الاضطرابات النفس جسمية)، وهذا يعني تأثير الحالة النفسية على الجسم. ونظرا لكثرة المعلومات المتوفرة من خلال التحليل النفسي عن هذه الاضطرابات، فإننا نميل في بعض الأحيان إلى تناسي وجود عوامل أخرى جسم-نفسية بما يعني تأثير الوضع الجسمي على الحالة النفسية والانفعالية هذا ويمكن تلخيص أهم النتائج التي كشفت عنها البحوث والدراسات في مجال العوامل العضوية والفسيولوجية وارتباطها باضطرابات السلوك فيما يلي:

1. يعتقد البعض بأن العوامل الجينية يحتمل أن تكون أسبابا في حالات الشيزوفرانيا.

2. يعتبر البعض البناء التكويني للجسم سببا في بعض الاضطرابات، ومن أمثلة ذلك:

أ. قد يوجد ارتباط بين البناء الجسمي والتوافق مثل:

- النمط الجسمي المعروف باسم Ectomerphy (الجلدي)، قد يرتبط بعدم الارتياح والشعور بالقلق.

- النمط الجسمي المعروف باسم (Mesomorphy) العظمي، قد يرتبط بالميول العدوانية والصرامة.

ب. قد يرتبط الجهاز العصبي المستقل الإرادي بالسلوك:

- ترتبط سيطرة الجهاز السبمثاوي Sympathetic بحالات الاعتماد على الآخرين، وعدم الاستقرار وعدم الشعور بالأمن.

- ترتبط سيطرة الجهاز الباراسمبثاوي Parasympathetic بحالات الاعتماد على النفس والاستقرار والثبات والشعور بالأمن.

ج. لم تتضح حتى الآن العلاقة بين المتغيرات الهرمونية والنمو باضطرابات السلوك.

3. عوامل الإنجاب:

أ. مدى الدلالة البيئية فيما قبل الميلاد ليست واضحة فيما يتعلق باضطرابات السلوك فيما بعد.

ب. اضطرابات السلوك أكثر شيوعا بين الأطفال المبسترين عن غيرهم.

4. التلف المخي أو سوء الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي:

أ. يعتقد كثيرون بأن سوء الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي يعتبر من العوامل المسببة لاضطرابات السلوك.

ب. لا يوجد دليل تجريبي مباشر على أن التلف المخي يرتبط بنوع محدد من الأمراض النفسية (عبد الرحيم، 1988).

وفي دراسة قام بها كل من (ستراوس) Strauss و (ليتنين) Lehtinen و(كروكشانك) Cruickshank (1961) أرجع هؤلاء مشكلات النشاط الزائد والمشكلات الإدراكية - الحركية إلى التلف المخي، على الرغم من الصعوبة التي توجد في كثير من الحالات في تمييز علامات محددة لأي تلف نيرولوجي. (عبدالرحيم، 1988).

التدخل البيوفسيولجي (Biophysical intervention)

اهداف التدخل البيوفسيولوجي

إن من أهداف التدخل البيوفسيولوجي هو إصلاح صحة الفرد التي يعتقد أنها متطلب مسبق للسلوك المرغوب فيه، وللقدرة على التعلم. وعندما يصعب أو يستحيل تحقيق هذا الهدف، إما بسبب الإصابات العضوية التي لا تعالج نهائيا أو بسبب أن الأدوية لا تستطيع العلاج، فإن المعالج يحاول أن يبدل أهدافه عن طريق إجراءات تعويضية للإصابات، فعلى المعلم أن يكون على وعي بأي من الأهداف منطقيا ومعقولا لطالب معين.

من أهداف التدخل الهامة للمعلم في الاتجاه البيوفسيولوجي:

- الإجابة على الأسئلة التالية توضح الأهداف:

1. ما مدى التحسن في صحة الفرد؟.
2. ما الوقت الذي يحتاجه الطفل للتحسن؟.
3. ما المحددات الصحية للفرد؟.
4. ما أنواع المشكلات التي يتوقع أن تحصل خلال فترة العلاج؟.
5. ما الأمراض التي يمكن أن تذكر للطبيب؟.

إن مهمة المعلم في هذا الاتجاه محددة وتقتصر على:

1. تفهم حالة الطفل من الجانب البيوفسيولوجي.
2. تدعيم الدور الطبي والإجراءات الطبية للطفل في المدرسة، والتشاور مع الطبيب.
3. مراقبة سلوك الطفل وملاحظته وإدراك مدى التحسن.
4. الاهتمام بحالات الإحالة.

5. تعديل بيئة الصف أو محتوى المنهاج حتى يناسب الطلبة .

6. التعاون مع الأسر بإرسال قوائم ملاحظة لهم . (Shea, 1978)

وعلى الأسرة والمدرسة الاهتمام بما يلي إلى جانب اهتمامهم بالعلاج الفعال :

1. تعويض الطفل عن السنوات الدراسية الضائعة .

2. تدريب الطفل لتطوير عمل مقبول .

3. تحسين قيمة الذات لدى الطفل لدعم الثقة وقبول الذات .

4. منح الحب اللازم للطفل لضمان نموه بشكل طبيعي .

ومن الإجراءات الوقائية والعلاجية ما يلي :

1. الاهتمام بالمحافظة على نسب مقبولة من العناصر المعدنية في الجسم، فهناك دراسات تقول بأن نقص هذه العناصر تتسبب في اضطرابات سلوكية وتعليمية .

2. الاهتمام باستخدام كربونات الليثيوم .

3. الاهتمام بنسب الكفايين في الجسم، فسلوك الطفل من المحتمل أن يتأثر نتيجة لتناوله الكفايين، ولكن لا يوجد هناك دلائل تشير إلى أن تحصيله الأكاديمي أو مهاراته الحسية تتأثر أم لا . ولكن هناك أعراض جانبية كثيرة للكفايين مثل : اضطرابات المعدة .

4. الاهتمام بنوع الغذاء والتغذية التي تشمل وجبات قليلة الحساسية أو قليلة السكريات أو المحتوية على مواد حافظة، فمن المحتمل أن تؤثر على الأفراد، بتطوير سلوكات معينة .

5. الاهتمام بالنمذجة .

6. الجلسات الكهربائية التي تعتبر آخر وسيلة علاجية، فهذا التكنيك ليس طويل الأمد، مع العلم بأن تأثيره سريع . (Shea,1978)

النظرية التحليلية

لنظرية التحليل النفسي جانبان، أحدهما تطوري لكونه يعنى بالأصول التاريخية للنفس، وهي في الوقت نفسه نظرية ديناميكية، لأنها تعنى بالإضافة إلى ذلك بالمظاهر الحالية للشخصية من حيث تنظيمها وعملها (Rhodes & Tracy, 1984).

تنظر مدرسة التحليل النفسي إلى عدم ملاءمة السلوك على أنه نتيجة للصراع بين مكونات الشخصية وهي:

الهو ID، والأنا EGO، والأنا الأعلى SUPER EGO

الهو ID

فهي طبيعة الدوافع الأولية (والعدوانية الجنسية) التي هي في صورتها المكشوفة عبارة عن محاولة للإشباع العاجل لهذه الدوافع إذا ما أثيرت، وبخاصة الدافع الذي يهدف إلى البحث عن اللذة.

يظهر الهو في المراحل الأولى للتطور، ولكن سرعان ما يأخذ في التلاشي شيئا فشيئا نتيجة ما قد يطرأ عليه من تهذيب وتعديل.

إننا جميعا قد نقع تحت طائلة الدوافع الأولية التي تحتاج منا إلى إشباع سريع، وهذا هو الجزء الذي يشار إليه بالهو في الهيكل العام لشخصياتنا.

الأنا EGO

تعتبر الأنا بمثابة المحرك للسلوك من الوجهة الاجتماعية المقبولة لدى الآخرين.

تمثل الأنا حياتنا الاجتماعية المنظمة، وتتمشى مع أمور الحياة بشكل منطقي وواقعي ما أمكن. وهي التي تدفعنا إلى التعامل مع الآخرين بطريقة مناسبة، وتجعلنا نتقبل الأدوار الاجتماعية المفروضة علينا، فإذا كانت الهو تعمل وفق مبدأ (البحث عن اللذة) الذي يعني الإشباع الفوري للحاجات الأولية، فإن الأنا تعمل وفق مبدأ الواقع الذي يعني تأجيل الإشباع الفوري لهذه الحاجات، واستبداله بطرق أخرى أكثر مناسبة(Patterson, 1986).

الأنا الأعلى SUPER EGO

الذي يتولد من حصيلة الخبرات التي تمر بها الأنا، وذلك نتيجة احتكاكها بالواقع الاجتماعي بما فيه من معايير وقيم وأنظمة إلى غير ذلك.

تقابل الأنا الأعلى ما نسميه الضمير، فتجعلنا نسلك وفقا للذات المثالية التي تنشأ لدينا في مرحلة الطفولة التي يساعدنا أصحاب الأمر في المجتمع من أبوين وغيرهم على رسمها (Rhodes & Tracy, 1984).

مراحل النمو:

يقول معظم أصحاب هذا الاتجاه بأننا لا نعي القوى والأمور الداخلية التي تؤثر على سلوكنا (لا نعي دوافعنا الداخلية)، بالإضافة إلى ذلك فإنه ينظر إلى الشخصية على أنها دينامية، وهكذا فإن النمو الإنساني عادة نفهمه من خلال مراحل، وقد اقترح فرويد خمس مراحل وخطوات تشكيل الشخصية من وجهة نظر مدرسة التحليل النفسي، يمكن أن ينظر إليها كنمو جنسي- سيكولوجي، حيث يمر النمو بالمراحل التالية:

- المرحلة الفمية (Oral).
- المرحلة الشرجية (Anal).
- المرحلة القضيبية (Phallic).
- المرحلة الكامنة (Latency).
- المرحلة الجنسية (Gential).

إن أحد الأمور أو المظاهر الرئيسية التي تقوم عليها نظرية التحليل النفسي في وصف تطور الشخصية هي ظاهرة التثبيت (Fixation)، وتشير هذه الظاهرة إلى وجود قصور ملحوظ في أحد جوانب النمو إذا ما قيس ذلك بالجوانب الأخرى.

ويعود السبب في ذلك إلى أن الفرد عندما لا يقدر على مواجهة موقف جديد في حياته، فإنه يلجأ إلى معالجة ذلك بأساليب أقل تنظيما مما هو متوقع منه .

ومن الأمثلة التوضيحية التي توردها نظرية التحليل النفسي لشرح ظاهرة التثبيت، الشخصية القسرية، والشخصية التسلطية .

الشخصية القسرية : (Compulsive)

هي التي تشير إلى المغالاة في أمور النظافة والترتيب، وفي الحالات المتطرفة يصبح السلوك الخاص بهذه الشخصية طقوسيا .

يعتقد أصحاب نظرية التحليل النفسي أن السلوك القسري ينشأ عن التدريب الذي قوامه الإصرار الزائد على أمور النظافة عند الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة، ولذلك أسموها بالشخصية الفمية استنادا إلى اسم المرحلة التي تعتبر أنها تتكون خلالها .

ومن خلال وجهة النظر هذه، فإذا كانت المشكلات التي ترتبط بالمرحلة الفمية لم يتم حلها بشكل مقبول، حينئذ ستبقى آثارها تنعكس على السلوك في مرحلة الرشد وما بعدها . (Rhodes & Tracy, 1984) اعتبر فرويد بأن سلوك الإنسان محكوم بغرائز فطرية لا شعورية في معظمها، وهذه القوى التي تحكم سلوك الإنسان تمثل رغبات طفولية قوية لم يرضَ عنها المجتمع، فعاقبها عقابا شديدا إلى الدرجة التي أبعدت فيها عن حيز التفكير الشعوري للفرد إلى مناطق اللاوعي .

فالعمليات اللاشعورية إذن، عبارة عن الأفكار والرغبات والمخاوف التي لا يعيها الفرد، التي تعمل على الرغم من ذلك على التأثير في سلوكه . وقد أشار فرويد إلى مجموعتين من الغرائز هما :

1 . غرائز الحياة : متمثلة في الجنس .

2 . غرائز الموت : متمثلة في العدوان .

ويرى فرويد حياة الإنسان سلسلة متصلة من الصراعات بين غرائز الحياة والموت. ويعتبر أن سلوك الإنسان يتأثر بالحياة السابقة في تركيزه على أهمية خبرات الطفولة في تشكيل شخصية الإنسان.

كما يعتقد فرويد بأن سلوك الإنسان غرضي، على الرغم من أن الغرض من هذا السلوك قد لا يكون واضحا دوما، وفي هذه الحالات يكون الغرض إرضاء لدافع لا شعوري مكبوت (Patterson, 1986).

اسباب الاضطرابات من وجهة النظر التحليلية

حاولت نظريات التحليل النفسي التي وضع سيجموند فرويد أصولها ومبادئها، تفسير الانحرافات السلوكية من خلال خبرات الأطفال في الفترات المبكرة من الحياة في ظل مبادئ التحليل النفسي، حيث أن بعض الخبرات المبكرة غير السارة تكبت في اللاشعور، إلا أن هذه الخبرات المكبوتة تستمر في أداء دورها في توجيه السلوك، وتؤدي بالتالي إلى الانحرافات السلوكية. ويفسر أنصار مدرسة التحليل النفسي الاضطرابات السلوكية في هذا الإطار.

ويحاول الاتجاه فهم سلوك الإنسان من خلال تحليل العمليات الداخلية التي يفترضها أنصار النظرية التحليلية، التي هي جزء من الديناميسة، وتنادي بأن النشاطات العقلية والجسمية للإنسان ما هي إلا نتيجة للاندفاعات اللاشعورية.

وتهتم النظرية التحليلية بالسبب الذي أدى بالطفل لأن يسلك بالطريقة التي يسلك بها. (زيغور، 1984)

يختلف الأطفال المضطربون سلوكيا وانفعاليا من حيث الدرجة لا من حيث النوع، وينظر للاضطراب على أنه صفات عادية مبالغ فيها.

فالاضطرابات البسيطة تسمى العصاب مثل القلق، والخوف المرضي، والهستيريا، والوساوس، والأفعال القهرية، والاكتئاب.

أما الاضطرابات الأشد التي تتضمن انفصال الفرد عن عالم الواقع، والعيش في عالم منفصل تسمى الذهان لاضطراب داخلي، يمثل دليلا على الفشل في حل صراع مهم. كما يؤكد ذلك آريكسون، أو أنه تثبيت على واحدة من المراحل النمائية كما يشير إلى ذلك فرويد. (Hallahan & Kauffman, 1991)

إن مثل هذه المشكلات يمكن أن تكون متسببة عن ألم، أو صدمة، أو حدث خلال المرحلة النمائية، أو تنتج عن علاقة سيئة أو غير مناسبة مع الوالدين التي يمكن أن تكون قد تركت الفرد دون إشباع لحاجاته، أو يمكن أن يكون الاضطراب ناتجا عن عوامل تكوينية.

يظهر السلوك المضطرب نتيجة عدم التوازن بين نزاعات الطفل واندفاعاته ونظام الضبط لديه، وعندما يكون الضبط غير مناسب فإن سلوك الطفل يصبح عدوانيا، ومشتتا، وغير متنبأ به. وعندما يكون الضبط صارما جدا فإن الطفل سيكف سلوكه باستمرار ولن يقوم بالسلوك، ويكون غير قادر على التعبير عن نفسه. (Patterson, 1986)

من أتباع فرويد (أريك أريكسون)، ويونغ آدلر، وفروم.

يونغ: ركز على المستقبل بالإضافة إلى الماضي في تحديد سلوك الإنسان، واعتبار حياته عملية خلق للنمو وليس تكرارا للتعايش مع الغرائز.

آدلر: ركز على الأبعاد الاجتماعية في الطبيعة الإنسانية، وقد أحدث فرع الاتجاه الإنساني الذي يقول بأن سلوك الإنسان مدفوع بدوافع إيجابية، وأن الاهتمام الرئيسي هو زيادة للدوافع الإيجابية كالحب، والاهتمام، والتعاطف، والتقبل، والمساعدة في نمو إمكانات الفرد إلى أقصى ما يمكن.

إن أكثر مساهمة النظريات الدينامية الحديثة هو التقليل من اهتمام العوامل البيولوجية المحددة، وزيادة الاعتقاد بمقدرة الإنسان لتعلم السيطرة على دوافعه والقيام بسلوك اجتماعي، وعن طريق تعديل الدوافع الداخلية يمكن تسهيل عملية النماء والتفاعل الاجتماعي الإيجابي والتكيف مع البيئة.

تعتبر النظرية الدينامية أن القوة الداخلية هي التي تدفع الفرد للقيام بالسلوك، وبشكل عام، فإن دوافع أو غرائز الجنس والعدوان لاقت الاهتمام من الباحثين سابقا ، وحديثا دوافع الحب وتحقيق الذات والمشاركة، واعتبرت قوة تحرك السلوك.

وقد اقترح أريكسون ثمانية مراحل للنمو النفسي الجنسي تعتمد على التغييرات أو الصراعات بين الفرد والآخرين، وإن التقدم خلال تلك المراحل يعود إلى الفرد نفسه وبما يحمله من عوامل داخلية ومن وجود عوامل خارجية أيضا. وهكذا، فإن كل فرد له تاريخ فريد، وهذا التاريخ مهم في فهم سلوك الفرد الحاضر. (Rhodes & Tracy, 1984)

التشخيص

يقوم أصحاب الاتجاه الدينامي بعملية التشخيص وذلك للحصول على معلومات. وهذه المعلومات يجب أن تكون مفيدة في تصميم تدخل مناسب ، فالأخصائي يهتم بتاريخ الفرد مثل اهتمامه بحاضره. وعادة ما يشترك في عملية التشخيص أكثر من مهني كأخصائي علم النفس، والمعلم، وأخصائي الأعصاب، والباحث الاجتماعي.

تجمع المعلومات من مصادر متعددة حيث يقابل الطفل وكذلك والديه، ويطلب من المعلم أن يشارك بملاحظات عن سلوك الطفل، ويمكن أن يكون الفحص الطبي مطلوبا. وهناك معلومات أخرى يمكن الحصول عليها من سجلات المدرسة وأهمها السجل التراكمي.

ويمكن تطبيق الاختبارات النفسية واختبارات الذكاء والشخصية، يتم تحليل جميع هذه المعلومات من أجل تقييم إدراك الطفل للموقف، وإلى أي مدى يمكن أن يحسن سلوكه.

التشخيص النفسي الدينامي عادة ما يشير إلى عدم النمو المناسب أو الضبط غير المناسب للاندفاعات، أو ضعف السلوك الاجتماعي.

- إن غياب السلوك المنحرف لا يعني بالضرورة أن الطفل يعاني سلوكيا أو انفعاليا.

إن ديناميات الداخلية يجب أن تكون معاناة مثل تقدير الذات، والدافعية للتعلم، والاستقلالية .

- غالبا ما يلعب المعلم دورا هاما في عملية التشخيص عن طريق التزويد بالمعلومات الأساسية المتعلقة بملاحظة سلوك الطفل، فيما يتعلق بالجوانب الأكاديمية وبالعلاقات الاجتماعية .
- إن آخر خطوة في عملية التشخيص هي تحديد أهداف التدخل، فبعد جمع المعلومات اللازمة لعملية التشخيص، وتحديد الأسباب، والعمليات الدينامية للسلوك المضطرب، فإنه من الضروري تحديد ما الجانب الأكثر أهمية الذي يجب تغييره .

إن أهداف التدخل الدينامي داخلية، وبيئية، وسلوكية، وداخلية : عن طريق التغيير في مشاعر الطفل عن نفسه وعن الآخرين . وسلوكية : عن طريق التغيير في سلوك ما . وبيئية : عن طريق التغيير في المواقف أو الأشخاص الذين يتعاملون مع الطفل .

فمن الأهداف الداخلية:

1 . تحسين فكرة الفرد عن نفسه .

2 . مساعدة الطفل على الاستقلالية .

3 . ساعدة الطفل على فهم نفسه وفهم الآخرين .

الأهداف السلوكية :

1 . مساعدة الطفل على التعبير عن اندفاعاته بطرق مقبولة اجتماعيا .

2 . مساعدة الطفل على ضبط اندفاعاته السلبية .

3 . تشجيع الطفل على التعبير عن نزعاته الإيجابية وتطويرها، هو سلوك اجتماعي مقبول .

أما الأهداف البيئية :

1 . تزويد الطفل بمصادر انفعالية ضرورية لنموه .

2 . تزويد الطفل ببيئة مناسبة للتعلم لحل مشكلاته ، ولتطوير سلوكات إيجابية .
واعتمادا على وجهة النظر الدينامية فإن الأهداف الداخلية والسلوكية والبيئية أهداف متداخلة لا يمكن الفصل بينها فصلا كاملا ، ولكن سميت بهذا الشكل اعتمادا على مصدر التركيز . (Rhodes & Tracy, 1984)

العلاج

استراتيجية التحليل النفسي وديناميات النفس البشرية .

يعطي المؤيدون لاستراتيجيات ديناميات السلوك ، التي تعرف أحيانا باسم النموذج الطبي Medical Model أهمية خاصة للإطار العلاجي الطبي ، ويرون ضرورة تدخل الجانب الطبي في عمليات تشخيص الحالات وعلاجها واتخاذ القرارات بشأنها ، يؤكد هؤلاء أيضا على دور الجانب الطبي في تقييم الحالات وتحديد مدى التقدم الذي يطرأ على الحالة .

في ظل هذه الاستراتيجية يصبح دور الأخصائي التربوي دورا ثانويا . كما أن العملية العلاجية في ضوء هذه النظرية تتضمن محاولة إزالة الأسباب بدلا من محاولة التخلص من الأعراض . ويعتقد المؤيدون لهذه النظرية أنه عند العمل على إزالة العرض وإبداله بأحد الأعراض الأخرى قد تزداد الحالة سوءا ، ويتعرض الطفل لنوع من الاضطراب قد يكون أكثر حدة مما كان عليه من قبل .

يعتمد الأسلوب العلاجي في ظل هذه الاستراتيجية على العلاج النفسي ، والنظر إلى المتغيرات التعليمية والتربوية على أنها تأتي من الدرجة الثانية ، وفي مثل هذه الحالة تصبح عملية تقبل الطفل وتكوين علاقة وثيقة بين الطفل والمعالج من الأمور المهمة . (عبدالرحيم ، 1982)

تكنيكات التدخل العلاجي السيكودرامي

تساعد تكنيكات التدخل الطفل على تطوير ضبط مناسب لنزعاته، والتعبير عن نزعاته الإيجابية.

الفن التعبيري ExPressive Arts

ويشير إلى النشاطات التي تشجع الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعالياً على التعبير عن مشاعرهم وانفعالاتهم في نشاطات إبداعية خلاقة.

كما يزود الفن التعبيري تنوع التعلم المعرفي والحركي .

وعلى المعالج أن يطور علاقة دافئة صادقة مع الطفل، وأن يتقبل الطفل كما هو بالضبط، وأن ينطلق من منطلق أن للطفل قدرة على حل مشاكله بنفسه إذا أعطي الفرصة.

العلاج باللعب واللعب الحر Play therapy and free play

العلاج باللعب كما وصفه أكسلين (Axline, 1975) من الصعب أن يكون في صفوف خاصة للمضطربين سلوكيا وذلك بسبب: الدور التقليدي للمعلم، ونقص تدريب المعلمين بالعلاج النفسي وخصوصا العلاج باللعب، والقيود فيما يتعلق بوضع الصف.

يمكن أن يكون اللعب الحر إما بشكل فردي أو على شكل جماعات. وفي اللعب الحر فإن الطفل يكون مدعوا لأن يلعب في أية لعبة يختارها في منطقة اللعب، ويشجع على اختيار الألعاب التي يفضلها.

الحدود خلال العلاج باللعب Limits during play therapy

1. السلامة الجسمية للطفل والمعالج في غرفة اللعب.
2. تقوية ضبط الأنا.
3. بعض القيود التي وضعت لأسباب قانونية أخلاقية وللقبول الاجتماعي.

4 . اعتبارات الميزانية .

5 . منع تخريب المعدات .

6 . الوقت اللازم للعب .

دور المعلم بمثابة ملاحظ غير مشارك ومسجل للنشاطات .

الدمى Puppets

تعتبر الألعاب هي الوسيلة التي تساعد الأطفال الذين يعانون من اضطرابات شديدة ، ليعبروا بشكل حر عن مشاعرهم وانفعالاتهم للأهل والمعلمين والأصدقاء .

كما تصلح الدمى للأطفال الذين لا يتصلون مع الآخرين بشكل مباشر ، فهم يفعلون ذلك من خلال الدمى ، لأن الطفل يشعر بالأمان في عالم الدمى ، هذا ويستمتع الأطفال باللعب بالدمى ، وكذلك في إنتاج الدمى وعمل عروض للدمى للمعلمين ، والمرشدين ، والأصدقاء .

لعب الدور والدراما النفسية

يرتبط لعب الدور بالأحداث الواقعية ، ويعاد تمثيل الحدث بتغيير الأدوار ، وبذلك يكشف عن المشاعر التي كانت مخيفة .

لعب الدور وتكينيكات السيكودراما

تسمح الحركات الإبداعية والرقص Creative Movements and Dance للطفل المضطرب التعبير عن مشاعره وانفعالاته بطرق مقبولة ، مثل تقليد الطبيعة أو الحيوانات أو بالتعبير عن مشاعر الآخرين أو المشاعر الشخصية . ويمكن أن يعبر الفرد من خلال الحركات الإبداعية عن ماضيه ، وحاضره ، وحتى انفعالات ومشاعر مستقبله ، هذه الحركات تشجعه أن يخرج مشاعره ويبدأ في التعامل معها .

ويمكن أن تكون الحركات الإبداعية بدون موسيقى عن طريق التصفيق ، ضبط الرجلين ، الأصوات في البيئة .

الموسيقى Music

يعبر الأطفال والراشدون من خلال الموسيقى عن مشاعرهم وانفعالاتهم بطرق مقبوله.

- يستمتع الأطفال بالاستماع للتسجيلات خلال فترات الراحة، وفترات النشاطات الهادئة، كما أن الموسيقى فعالة في زيادة الحماس بعد النشاطات المهمة، ومعظم الأطفال يستمتعون بالغناء.

الكلمة المكتوبة The written word

يستطيع الأطفال، والراشدون التعبير عن مشاعرهم وانفعالاتهم عن طريق الكتابة، لأن الكتابة تظهر الصراعات والإحباطات، ومن النماذج المكتوبة الشعر، والقصص، والمقالات، والمذكرات.

الكلمة المنطوقة The spoken word

يتعامل الأطفال في المخيمات مع مشاعرهم وانفعالاتهم باتصالات لفظية، وهذه الاتصالات تأخذ شكل مجموعات تروي القصة Story telling من خلال محادثات ومناقشات مع المرشدين.

الفن ذو البعدين Two dimensional Arts

تعتبر الرسومات مصدرا للتعبير عن النفس لدى كل الأطفال، وخصوصا المضطربين سلوكيا وانفعاليا، لذلك لا بد أن يحصل هؤلاء على الفرص المختلفة لكي يعبروا عن مشاعرهم وانفعالاتهم من خلال الفن ذي البعدين.

ويتضمن رسم أصابعهم والرسم بالقلم، والرسومات المائية، والرسومات الزيتية.

الفن ذو الأبعاد الثلاثة Three dimensinesional Arts

يمكن أن يعبر الطفل عن مشاعره وانفعالاته من خلال الجبس، والصلصال، والرمل، والخشب.

ويعتمد نجاح الفن ذي الأبعاد الثلاثة بشكل كبير على توفر المواد. وهناك تكنيكات علاجية أخرى مثل المخيمات والألعاب الرياضية المختلفة (Shea, 1978).

المبادئ الأساسية التي تقوم عليها استراتيجية ديناميات السلوك :

1. تقوم هذه الاستراتيجية على نظرية التحليل النفسي لفرويد.

2. يحدث الاضطراب نتيجة الصراعات النفسية الداخلية.

3. يهدف العمل العلاجي إلى إزالة السبب في انحراف السلوك.

4. تنتج المشكلات عن أحداث وقعت في فترة الطفولة المبكرة.

5. أساسيات العمل العلاجي هي : استبصار المريض والعلاقة الإيجابية مع المعالج.

يتضمن هذا المدخل بعض جوانب القصور ومن بينها :

أ. يحتاج العلاج لفترة طويلة من الوقت.

ب. العملية العلاجية باهظة التكاليف.

ج. يوجد نقص واضح في الأخصائيين المدربين على العمل بهذه الاستراتيجية. (عبد الرحيم، 1982)

الفصل الثالث

صفات الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا

- المقدمة
- الصفات الانفعالية والاجتماعية
- خصائص عامة للمضطربين سلوكيا وانفعاليا على مختلف فئاتهم
- خصائص خاصة بالأطفال المضطربين سلوكيا والمعوقين انفعاليا بدرجة شديدة واعتمادية
- الكشف، التعرف، التشخيص والتقييم.
- إجراءات الكشف والتعرف: تقديرات المعلمين، تقديرات الوالدين، تقديرات الأقران، تقدير الذات، التقديرات المتعددة.
- التعرف والتشخيص في الجوانب الأكاديمية.
- الأساليب والأدوات المستخدمة في الجوانب التربوية: الملاحظة المباشرة للسلوك، الاختبارات والتقييم التشخيصي في جوانب الصحة العقلية.

صفات الأطفال المضطربين
سلوكيا وانفعاليا

مقدمة

هناك صعوبة في وضع خط فاصل بين الأطفال الطبيعيين والأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية، فجميع الأطفال يظهرون أنماط سلوك عدوانية مختلفة أو أنماط سلوك انسحابية أو أنماط سلوك مضادة للمجتمع من وقت لآخر. ولكن ما يميز أنماط سلوك الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا التكرار والشدة والطبغرافية والمدة التي يستمر فيها السلوك.

الصفات الانفعالية والاجتماعية

من أكثر الصفات شيوعا من الناحية الاجتماعية والانفعالية: العدوانية والانسحاب.

السلوك العدواني:

يعتبر السلوك العدواني من أكثر أنماط السلوك المضطربة ظهورا لديهم مثل الضرب والقتال والصراخ، ورفض الأوامر، والتخريب المتعمد. هذا مع العلم أن أنماط السلوك هذه تظهر لدى الأطفال الطبيعيين، فهم يبكون ويصرخون ويضربون ويقاتلون ويفعلون معظم الأشياء التي يفعلها الأطفال المضطربون سلوكيا والمعوقون انفعاليا، ولكنها لا تكون متكررة وشديدة كما هي لدى المضطربين سلوكيا و انفعاليا. هذه الفئة من الأطفال تربك الكبار، وهم لا شعبية لهم بين أقرانهم، ويتسمون بأنهم لا يستجيبون بسرعة وإيجابية للكبار الذين يحيطونهم بالرعاية والاهتمام. يعتبر بعض هؤلاء الأطفال ممن لهم نشاط زائد أو إصابة في الدماغ، وبعضهم يطلق عليهم سيكوباثيين (Sociopathic) لأنهم يقومون بإيذاء الآخرين عمدا دون شعور بأن ما يفعلونه خطأ. وسلوكهم هذا مزعج جدا، ولا نستطيع مقاومته بطرق مقاومة السلوك المزعج العادية، وهم غالبا ما يؤنبون ويعاقبون، ولكن لا يكون لذلك أية

يظهر الأطفال السلوك الانسحابي مرة كل فترة ، فالأطفال الذين يتصفون بالانسحاب في طرقهم لمقاومة الاتصال مع الناس الآخرين ، وهم منعزلون اجتماعيا لأن لديهم عددا قليلا من الأصدقاء ، ونادرا ما يلعب هؤلاء مع أطفال من نفس عمرهم ، ولديهم عجز في المهارات الاجتماعية الضرورية الممتعة ، ويلجأ البعض منهم إلى أحلام اليقظة ، والبعض يطور مخاوف غير منسجمة مع الظروف الموجودة ، وبعضهم يشكو كثيرا من آلام بسيطة ، ويكون مرضهم سببا يمنعهم من المشاركة في النشاطات الاعتيادية ، وبعضهم يتراجع إلى أعمار أصغر بحيث يتطلب ذلك مساعدة وانتباه مستمرين ، وبعضهم يصبح مكتئبا دون سبب واضح .

وكما في حالة السلوك العدواني ، فهناك عدة تفسيرات للسلوك الانسحابي ، فالمؤيدون للاتجاه التحليلي يرون أن وراء هذا السلوك الانسحابي صراعات داخلية ودوافع خفية غير مدركة ، أما علماء النفس السلوكيون فيرجعون هذا السلوك إلى الفشل في التعلم الاجتماعي ، ووجهة نظر التعلم الاجتماعي قد دعمت من قبل كثير من الأبحاث التطبيقية . وهم يرجعون الانسحاب وعدم النضج الاجتماعي إلى البيئة غير الملائمة ، وتتضمن العوامل السلبية التنشئة الاجتماعية المقيدة جدا ، والعقاب لاستجابات اجتماعية ملائمة ، وتعزيزا للسلوك الانسحابي ، وفقدان فرصة تعلم وممارسة المهارات الاجتماعية ، ونماذج لسلوكات غير مناسبة .

وهناك إمكانية لتعليم الأطفال الانسحابيين وغير الناضجين اجتماعيا المهارات التي يعجزون عن القيام بها ، وذلك من خلال توفير الفرص المناسبة لهم لتعلم استجابات مناسبة وممارستها ، وأن ندعهم يشاهدون نماذج لسلوكات اجتماعية مناسبة وتعزيز السلوكات التي تتحسن . (Hallahan & Kauffman, 1991)

خصائص عامة للمضطربين سلوكيا وانفعاليا على مختلف فئاتهم

1. الفهم والاستيعاب Comprehension

بعضهم غير قادر على فهم المعلومات التي ترد من البيئة ، يستطيع هؤلاء الأطفال لفظ الكلمات وسلسلة من الكلمات مكونين جملة لقصة معينة ، ولكن لديهم فهم قليل لمعنى

القصة، ويستطيعون حل مسائل حسابية بسيطة باستخدام مهارات حسابية ميكانيكية، ولا يستطيعون فهم معنى النتائج، وغير قادرين على إعادة نص معين وتفسير القصص والمسائل والاتجاهات، ومع ذلك يستطيعون إعادة المادة وتكرار ما سبق.

2. الذاكرة Memory

الذاكرة هي القدرة على استرجاع المعرفة المتعلمة سابقا، بعض الأطفال لديهم مهارات ذاكرة ضعيفة، فلا يستطيعون تذكر موقع ممتلكاتهم الشخصية مثل الملابس والأدوات وموقع صفوفهم، وكذلك قوانين السلوك.

3. القلق Anxiety

يظهر القلق في السلوك الملاحظ الذي يوحي بالخوف والتوتر والاضطراب، وهذا السلوك يمكن أن يكون نتيجة لخطر متوقع مصدره مجهول وغير مدرك من قبل الفرد، ويوصف الأطفال القلقون عادة بأنهم خائفون وخجولون وانسحابيون ولا يشتركون بسلوكات هادفة في بيئتهم، ويظهرون القلق في النجاح وفي الفشل على حد سواء، أو عند لقاء أصدقاء جدد، أو وداع أصدقاء قدماء، أو عند البدء بنشاطات جديدة، أو عند انتهاء نشاطات مألوفة.

4. السلوك الهادف إلى جذب الانتباه Attention seeking behavior

وهو أي سلوك لفظي أو غير لفظي، بحيث يستخدمه الطفل لجذب انتباه الآخرين، والسلوك عادة يكون غير مناسب للنشاط الذي يكون الطفل بصدده. وعادة يقوم هؤلاء الأطفال بأنماط من السلوكات لجذب الانتباه تتضمن الصراخ، أو المرح الصاخب، أو التهريج، أو الأخذ بآخر حرف من كلمة في أي تعامل لفظي، والبعض يقومون بحركات جسدية باليدين والرجلين.

مثل هؤلاء الأطفال غالبا ما يوصفون بذوي الحركة الزائدة، ولكن ما يميزهم هو جذب الانتباه. (Shea, 1978)

5. السلوك الفوضوي Disruptive behavior

هو السلوك الذي يتعارض مع سلوكات الفرد أو الجماعة، يتمثل السلوك الفوضوي في غرفة الصف بالكلام غير الملائم، والضحك، والتصفيق، والضرب بالقدم، والغناء، والصفير وسلوكات أخرى تعيق النشاطات القائمة، وتتضمن هذه السلوكات العجز في الاشتراك بالنشاطات واستخدام الألفاظ السيئة.

6. العدوان الجسدي Physical Aggression

عبارة عن القيام بسلوكات جسدية عدائية ضد الذات والآخرين بهدف إيذائهم وخلق المخاوف، والعدوان الجسدي ضد النفس، ويوصف بنشاطات تحطيم الذات مثل الضرب والعض والخدش، والإلقاء بالنفس على أسطح قاسية مثل الجدران والأرض وهكذا . . . والهدف من مثل هذا السلوك هو إلحاق الأذى الجسدي بالذات.

7. العدوان اللفظي Verbal Aggression

العدوان اللفظي هو سلوك عدائي ضد الذات أو الآخرين للإيذاء، أو خلق المخاوف، والعدوان اللفظي ضد الذات يوصف بعبارات تحطيم الذات مثل قول (أنا غبي)، (أنا أحمق)، (أنا سيء)، (خلقني الله عديم الفائدة)، والهدف من هذا السلوك هو إلحاق الأذى النفسي بالذات!.

8. عدم الاستقرار Instability

يعود إلى المزاج المتقلب المتصف بالتغير السريع، ويتضمن التقلب في المزاج من حزن إلى سرور، ومن السلوك العدواني إلى السلوك الانسحابي، ومن الهدوء إلى الحركة، ومن كونه متعاونا إلى غير متعاون، وهكذا.

هذا التقلب في المزاج غير متنبأ به، ويحدث دون وجود سبب ظاهر، ويوصف هؤلاء دائما بأنهم سريعو التهيج وسلوكهم غير قابل لأن يتنبأ به.

9. التنافس الشديد Over competitiveness

عبارة عن سلوك لفظي أو غير لفظي يكون للفوز بالمنافسة، أي أن يكون الفرد الأول أو الأحسن في نشاط معين أو مهمة معينة. وهذه المنافسة يمكن أن تكون مع الذات أو مع الآخرين. وروح المنافسة واحدة من أكثر الصفات الملاحظة في مدارسنا. وهذه المنافسة تكون موجودة في الأحداث الرياضية، وفي المدرسة. أما المنافسة الشديدة فتؤثر تأثيرا كبيرا على مفهوم الذات لدى الطفل، وبخاصة إذا كانت المنافسة غير واقعية. وهذه بعض مظاهر المنافسة الشديدة التي تؤثر على الطفل في المدرسة:

1. رد فعل عدائي أو غير مناسب عندما لا يكون الأول في نشاط معين.
2. رد فعل عدائي للفشل في نشاط معين.
3. الشعور بالإحباط عند التعرض لنشاط غير مألوف.
4. الاهتمام الزائد بالقوانين والتعليمات.
5. الإصرار على التغييرات في القوانين والأنشطة للمصلحة الشخصية.
6. إظهار عدم الاهتمام.
7. عدم الرغبة بالانخراط بنشاطات جديدة. (Shea, 1978)

10. عدم الانتباه Inattentiveness

هو عدم القدرة على التركيز عى مثير لوقت كاف لإنهاء مهمة ما، ويوصف الطفل قليل الانتباه بعدم القدرة على إكمال المهمة المعطاة له في الوقت المحدد، هذا السلوك يتضمن عدم الاهتمام بالمهمة، وعدم الاهتمام بالتوجيهات المعطاة من قبل المشرف، ويظهر أنه مشغول البال، أو يقوم بأحلام اليقظة.

11. الاندفاع Impulsivity

هو الاستجابة الفورية لأي مثير، بحيث تظهر هذه الاستجابة على شكل ضعف في التفكير، وضعف في التخطيط، وتكون هذه الاستجابات سريعة ومتكررة وغير ملائمة،

وغالبا ما تكون نتائج هذه الاستجابات خاطئة، ويوصف الأطفال المندفعون بأنهم لا يفكرون.

12. **التكرار** Reseveration

هو النزعة إلى الاستمرار في نشاط معين بعد انتهاء الوقت المناسب لهذا النشاط، بحيث يجد هؤلاء الأطفال صعوبة في الانتقال من نشاط إلى آخر، هذه المثابرة قد تكون لفظية أو جسدية، فقد يستمر الطفل بالضحك مدة طويلة بعد سماع نكتة عندما يكون الآخرون قد توقفوا عن الضحك، أو أن يجيب عن سؤال بعد مدة طويلة بحيث يتعدى المدة المناسبة، أو أن يستمر في الكتابة على ورقة ليصل إلى أقصى نهايتها، أو أن يستمر في ترداد كلمة معينة أو رقم معين، وهكذا...

13. **مفهوم ذات سيء أو متدن** Poor self- concept

هو إدراك الشخص لذاته كفرد، أو ابن، أو ابنة، أو طالب، أو صديق، أو متعلم، وهكذا بحيث يكون غير متقبل بالمقارنة مع فعالية الذات، ويدرك كثير من الأطفال أنفسهم على أنهم غير مناسبين، أو فاشلين، أو غير متقبَّلين. ويتمثل مفهوم الذات السيء بعبارات تعكس هذا المفهوم من مثل: "لا أستطيع فعل ذلك"، "هو أفضل مني"، "لن أفوز أبدا"، "أنا لست جيدا". ومثل هؤلاء الأفراد يكون لديهم حساسية مفرطة ضد النقد، ولا يكون لديهم الرغبة في الانخراط في كثير من النشاطات.

14. **السلبية** Negativism

هي المقاومة المتطرفة والمستمرة للاقتراحات، والنصائح، والتوجيهات المقدمة من قبل الآخرين، وهذه المقاومة أو المعارضة تتمثل (بعدم الرغبة في أي شيء)، و (الموافقة على نشاطات قليلة)، و (الاستمتاع بعدد محدود من النشاطات)، و(دائما يقولون لا)، وإذا سئلوا يدل جوابهم على عدم السعادة سواء في المدرسة أو في برنامج معين أو مع الأصدقاء أو في تناول الطعام أو في البيت أو في المجتمع، فهم يظهرون عدم الاستمتاع بالحياة.

15. **النشاط الزائد** Hyperactivity

هو النشاط الجسدي المستمر وطويل البقاء، ويتصف بعدم التنظيم، وهو غير متنبأ به وغير موجه، فالأطفال ذوو النشاط الزائد يكون رد فعلهم للمثيرات البيئية شديدا، ويتصف سلوكهم بأنه متواصل وعصبي وعدواني.

16. **قلة النشاط** Hypoactivity

يتصف الفرد بأنه بطيء وبليد، ولديه نشاط حركي غير مكافئ عند الاستجابة للمثيرات، وأنه أحمق عديم الاهتمام، ويرتبط هذا السلوك بمستوى طاقة الفرد أو قابليته للاستجابة بطريقة ملائمة لمتطلبات بيئته، وقلة النشاط قد تكون عرضا من أعراض القلق أو الخوف، الذي يؤثر على نشاط الفرد.

17. **الانسحاب** Withdrawal

هو سلوك انفعالي يتضمن الترك أو الهرب من مواقف الحياة بحيث إنها من وجهة نظر إدراك الفرد، ممكن أن تسبب له صراعا نفسيا أو عدم راحة، ويوصف الطفل الانسحابي بأنه منعزل، خمول، خجل، خائف، مكتئب، قلق، لديه أحلام يقظة.

18. **السلوك الذي يتأثر بالآخرين** Passive - suggestible behavior

عبارة عن سلوك يقوم به الفرد بناء على طلب الآخرين أو لإرضائهم دون التفكير بعواقب ذلك السلوك، فالطفل أو الشخص الذي يتأثر بالآخرين يوصف دائما بأنه غير قادر على تحمل المسؤولية، أو سهل القيادة أو تابع. ولا يشعر الأطفال الذين يتأثرون بالآخرين بالأمان في بيئتهم ويختارون عادة قائدا ليوجههم، ويفعلون أي شيء لإرضاء قائدهم المختار، وعادة ما يكون استخدامهم لهذا القائد كعذر لسلوكه ونشاطه الشخصي.

يمكن أن يكون سلوك هؤلاء الأطفال سلبيا أو إيجابيا، منتجا أو غير منتج، وهؤلاء الأفراد غير مساهمين في عملية حل المشاكل، أو اتخاذ القرارات واختيار النشاطات.

19. عدم النضج الاجتماعي Social Immaturity

ويقصد به السلوك غير المناسب للمرحلة العمرية، أي أن الكبار يظهرون سلوكا غير مناسب لعمرهم، وإنما يظهره الأطفال الأصغر عمرا، ويظهر هذا السلوك عادة عندما يكون الطفل في وضع غير مألوف أو مضغوط، يفشل الطفل غير الناضج اجتماعيا في المهارات المناسبة للمرحلة العمرية، ويتميز بمحدودية ميكنزمات الاستجابة الاجتماعية المتواجدة للاستعمال الفوري، مما يتطلب منه استخدام استجابات أقل نضوجا، مما يدع الآخرين يصفونه بأنه طفل غير ناضج. ومن صفات هؤلاء الأطفال أنهم يفضلون الأصغر منهم سنا أو الأكبر منهم سنا كأصدقاء، ويختارون اللعب والدمى، والنشاطات التي تسبق مرحلتهم العمرية، وفي مناسبات قليلة في أوضاع اجتماعية وغير مضغوطة، يظهرون سلوكات تناسب مرحلتهم العمرية ولكنها زائفة.

20. العلاقات الشخصية غير فعالة Inefficient Interpersonal Relations

العلاقات بين الأشخاص تعنى بكمية ونوعية ومناسبة نشاطات الأطفال وردود أفعالهم تجاه أصدقائهم والأكبر منهم سنا في بيئتهم، وردود أفعال الأصدقاء والأكبر منهم سنا تجاههم، والتأكيد هنا على تعامل الطفل مع الآخرين، بحيث يمكن أن يكون هذا التعامل مناسبا أو غير مناسب، سلبيا أو إيجابيا، منتجا أو غير منتج، مقبولا أو غير مقبول، وهكذا. فيوصفون بأنهم:

1. لا يعرفون السلوك المطلوب.
2. غير قادرين على أداء السلوك المتعارف عليه مع المهمة.
3. غير قادرين على استيعاب سلوكات الآخرين، وغالبا ما يستجيبون بشكل غير مناسب.
4. ليست لديهم خبرات اجتماعية خاصة في مواقف محددة.
5. يستجيبون بشكل مرضٍ بسبب الخوف والاضطراب وعدم الشعور بالأمان (Shea, .1978)

21. الانحراف الجنسي:

عبارة عن سلوكات ذات دلالة جنسية غير مقبولة اجتماعيا، حيث إن هذا السلوك يخلق مشاكل كثيرة ومتنوعة عندما تكون هناك محاولات لإظهار هذه السلوكات.

أولا: من المعروف أن السلوك الجنسي يختلف حسب التقاليد المتبعة في المجتمع الواحد، وغالبا ما يعتمد تقييم مثل هذه السلوكات على ثقافة هذا الشخص الممارس لهذا السلوك ومجتمعه، وعلى ثقافة الشخص الذي يلاحظ هذا السلوك ومجتمعه.

ثانيا: بسبب وجود عدد كبير من المعلومات حول مظاهر السلوك الجنسي، فهناك صعوبة في تحديد معايير مقبولة للسلوك الجنسي في المجتمع في حالة وجود معيار عالمي.

هناك مجموعة من الأطفال والكبار يحولون إلى صفوف خاصة يظهرون واحدا أو أكثر من أنماط السلوك الجنسية التالية:

1. انحرافات جنسية غالبا ما تظهر على شكل إثارات ذاتية، أو تدليل للأطفال أو للحيوانات.
2. إظهار سلوك غير مناسب لجنس الفرد، أي أنه يتصرف بطريقة مختلفة عن أقرانه من نفس الجنس.
3. ألفاظ أو إيماءات ذات دلالة جنسية.

ومعظم الإحالات تكون بسبب الحساسية الزائدة لدى الآباء والمعلمين، والسلوكات الجنسية غير الملائمة غالبا ما تلاحظ من قبل الأطفال الذين ينقصهم نموذج جيد لهذا السلوك في البيت، والخطوات التي يجب أخذها من قبل المدرسة لتزويد هؤلاء الأطفال بنماذج جنسية مناسبة مقبولة.

الاستخدام المتكرر من قبل الأطفال خاصة الكبار منهم للسلوكات الجنسية هي: محاولة لجذب الانتباه من الآخرين منهم يتعلمون أن مثل هذه السلوكات سوف تجعلهم موضع اهتمام من قبل الكبار والأقران في البيئة. ومعظم الأطفال يجهلون ما تعنيه هذه الألفاظ والحركات التي يستخدمونها لجذب الانتباه فقط، فهم يعرفون أنها تجلب الانتباه.

22. الشكوى من علل نفس جسدية Psychosomatic Complaints

إن مصطلح نفس جسدي يشير إلى تداخل الجهاز النفسي والجهاز الجسدي واعتماد كل منهما على الآخر، والصراعات الداخلية النفسية التي تظهر على شكل أعراض جسمية، هذه الأعراض يمكن أن تكون نتيجة اضطراب جسمي، إما حقيقي أو وهمي، وهذا كثيرا ما يحدث. ومعظم الناس تتعرض له، فمثلا عندما يكون الإنسان في وضع مضغوط فكثيرا ما يتظاهر بالصداع أو الغثيان والآلام في المعدة. ولهذا السبب فمن المتعارف عليه أن يتلقى الطفل فحصا جسديا كاملا من قبل أطباء قبل إخضاعه لبرنامج تربية خاصة.

العلل النفس جسدية تظهر من قبل الأطفال والكبار كعذر حتى لا يشتركوا في نشاطات بقولهم: "لا أشعر بتحسن" أو "إنهم مصابون"، "إنهم متعبون" وهكذا... ويظهرون حركات من العرج أو الترنح، ويتحكمون بحركة أجسامهم، يحوّل هؤلاء الأفراد إلى برامج علاجية خاصة، بعد أن يثبت عدم وجود علل جسدية حقيقية، ويتضمن هذا العلاج ما يلي:

1. تزويدهم بنشاطات ممتعة ومسلية، وفيها تحدٍّ جسدي.
2. استخدام نظام تأديبي ثابت غير عقابي.
3. تجاهل شكواهم.
4. تعزيز الممارسات الإيجابية لديهم.

23. التمرد المستمر Chronic disobedience

عبارة عن نشاط مناقض للقوانين والاتجاهات، فالطفل المتمرد يوصف بأنه دائما يشترك في نشاطات مناقضة لقوانين والديه ومعلميه واتجاهاتهم.

وكثير من المراهقين الذين أدخلوا إلى صفوف المضطربين سلوكيا والمعوقين انفعاليا، هم متمردون بشكل مستمر، فهم يتحدون بعدوانية سلطة المعلم، بحيث لا يطيعون حتى أبسط القوانين. العلاج الفعال هنا بأن يقوموا هم والمعلم بمناقشة القوانين التي تحكم

سلوكهم ووضعها، بحيث تهتم هذه القوانين بصحتهم وسلامتهم وراحتهم بالمدرسة. وتناقش هذه القوانين قبل نشوء الصراعات، وهذه المناقشات تهتم بوضع الأساس المنطقي للقوانين الموضوعة وتوضيحها.

يجب عدم إجبار الطفل المتمرد دون إرادته على إطاعة القوانين بالقوة ما أمكن، فهذه الطريقة ليست فقط غير مثمرة، ولكنها تعزز التمرد، وكحلّ بديل يمكن إعطاء الطفل عددا من السلوكات، بحيث يقوم هو بالاختيار، وبهذه الطريقة نتجنب الإجبار ويتعلم الطفل أن يستجيب بإيجابية لقوانين السلطة، ويجب على الموجهين تجنب استخدام عبارة "سوف تفعل"، ولكن يجب أن يكونوا مستعدين دائما للتأكيد على التهديد الصارم (مثل الحرمان من الامتيازات، والعزل). لبعض القوانين التي يجب أن يطبقها هؤلاء الأطفال داخل غرفة الصف لمصلحة جميع من في الصف.

24. مشاكل الدافعية Motivational prblems

تتضمن الدافعية أن يكون لدى الفرد سبب إيجابي لممارسة نشاط معين، وبشكل عام فالكبار لديهم دافعية ذاتية للاشتراك في النشاطات، ويوصفون بأنه ليس لديهم دافعية. عدد قليل من الأطفال لا يحثون لممارسة النشاطات في المدرسة الابتدائية، وعندما يكبر بعضهم يفقد حماسه للمدرسة، والسبب وراء عدم ظهور الدافعية لديهم يمكن أن يكون في عدم فهمهم للنشاط أو الخوف من النشاطات الجديدة أو المختلفة، أو انخفاض مفهوم الذات لديهم نتيجة تكرار الفشل، وقبل التدخل العلاجي يجب على فريق العمل تقييم مدى ملاءمة النشاط للطفل، ويتضمن معيار التقييم العمر، والجنس، والإعاقة، والخبرات الماضية. (Shea, 1978)

خصائص خاصة بالأطفال المضطربين سلوكيا والمعوقين انفعاليا بدرجة شديدة واعتمادية

يختلف سلوك هؤلاء الأطفال بشكل كبير عن سلوك الأطفال العاديين، وهذه بعض الصفات التي تميز هؤلاء عن المضطربين سلوكيا وانفعاليا بدرجة بسيطة ومتوسطة، مع الأخذ بعين الاعتبار أنه ليس بالضرورة أن يظهر الفرد منهم جميع هذه الصفات:

1. العجز في مهارات الحياة اليومية :

يفشل هؤلاء في القيام بأبسط مهارات العناية بالذات، فمنهم غير قادرين على ارتداء ملابسهم أو إطعام أنفسهم أو الذهاب إلى التواليت بمفردهم من عمر (10-5) سنوات. وهم غير قادرين على الاتصال مع الآخرين والعناية باحتياجاتهم اليومية، ومنهم يظهرون صورة من الاعتمادية الطفولية.

2. انحراف الإدراك الحسي :

من الشائع أن يعتقد البعض بأن كثيرا من الأطفال المضطربين انفعاليا بشكل شديد أنهم مكفوفون أو صمّ، ويبدو هذا لأنه يظهر نسيان كثير لما يدور حوله، وهو كثير التجاهل للناس، ولا يتفاعل بالمحادثات مع الأشخاص الآخرين ولا يتأثر بالصوت العالي أو بالأضواء الساطعة، وباختصار فهو لا يستجيب إلى المؤثرات البصرية والسمعية كما يتأثر بها الطفل العادي الذي يسمع ويرى. إلا أنه في الوقت نفسه قد يستجيب إلى بعض المؤثرات البصرية والسمعية قبل الأصوات والأضواء غير الهامة أو غير الممتعة لمعظم الأطفال، فهم لا يعيرون انتباها ولا يهتمون بما يسمعونه أو يرونه.

3. عجز الإدراك :

يصعب إخضاع معظم الأطفال المضطربين انفعاليا بشكل شديد لاختبار، والذين نستطيع تطبيق اختبارات ذكاء وتحصيل عليهم يحصلون على درجات منخفضة جدا وكأنهم متخلفون عقليا بدرجة شديدة. في بعض الحالات يمكن أن نرى بعض الذكاء لدى الطفل عندما يستمر في محادثة ما، ولكن بعد فترة يكون من الواضح أن هناك موضوعا واحدا محددا فقط يستطيع أن يتحدث فيه، أو أنه سرعان ما تتحول المحادثة إلى شيء عديم الفائدة، وبعض الأطفال المعوقين انفعاليا وسلوكيا يبدون أذكياء وبعضهم يبرز قدرة مدهشة على التذكر والتقدير، ولكن ذكاءهم هذا يكون زائفا، فهم لا يستطيعون استخدام هذا الذكاء وإظهاره في المهمات والمهارات كل يوم. (Hallahan & Kauffman, 1982)

4. غير مرتبط بالآخرين:

أكثر ما يقلق بالنسبة لسلوك الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا بشكل شديد، أنهم يستجيبون للآخرين (بما فيهم الوالدين والأقارب) كشيء مادي، فالطفل يتجنب الوالدين والآخرين عندما يحاولون إظهار الحب والعطف والاهتمام به، فهو لا يتحكم بمزاجه وحالته النفسية عندما يقوم الوالدان أو الآخرون بمحاولة حمله، ولا يطور هؤلاء مشاعر مناسبة إذا ما قام أحد بحملهم ، فلا يوجد هناك عاطفة أو دفء متبادل أو رضا بين الطفل ومن هم أكبر منه سنا.

5. انحراف اللغة والكلام:

معظم الأطفال المضطربين سلوكياً و انفعاليا بدرجة شديدة لا يتكلمون أبدا أو يظهرون عدم فهم للغة، ويظهر بعضهم احتباس الكلام، أو يرددون كل ما يسمعون دون إضافة أي شيء. والاستخدام الخاطئ للضمائر مثل (هو، أنت، أنا، هي) والحديث في مواضيع غير مفهومة، وبعض الأطفال لديهم نوعية صوت غريبة جدا، فممكن أن يكون لديهم طبقة صوتية عالية أو منخفضة، وبعضهم يكرر الأسئلة أو التعليمات باستمرار.

6. الإثارة الذاتية:

السلوك النمطي أو المتكرر الذي يفيد فقط في إثارة الحواس هو شائع لدى الأطفال المضطربين انفعاليا وسلوكيا بدرجة شديدة، وإثارة الذات ممكن أن تأخذ أشكالا عدة مثل الحركة المستمرة، أو الدوران حول هدف معين، أو الضرب باليدين على الأشياء، أو التحديق بالأضواء وهكذا . . . وهذا موجود بشكل كبير ومتكرر لدى الأطفال المضطربين انفعاليا بشكل شديد، بحيث يكون من الصعب دمجهم في نشاطات أخرى.

7. سلوك إيذاء الذات :

يؤذي بعض الأطفال المضطربين انفعاليا وسلوكيا أنفسهم بدرجة شديدة عن قصد وبشكل متكرر، ولذلك يجب إبقاؤهم مقيدين حتى لا يقوموا بتشويه أنفسهم أو قتلهم،

ويبدون أنهم فاقدو الحس بحيث لا يشعرون بألم إيذاء الذات. وطرق إيذاء الذات التي يتبعها هؤلاء الأطفال كثيرة تتضمن العض، وخدش الجلد، والطعن، والضرب، والارتطام بأشياء صلبة، وكشط أجزاء مختلفة من أجسامهم.

8. العدوان ضد الآخرين :

ليس من الغريب أن يقوم الأطفال المضطربون سلوكياً وانفعاليا بدرجة شديدة بتفريغ انفعالاتهم وغضبهم بشكل ضرب وإيذاء وعدوان ضد الآخرين.

9. التكهن بمستقبل حالتهم ضعيف:

فهم في مستوى المعاقين عقليا، ويتطلب وضعهم إشرافا ورعاية دائمين حتى بعد سنوات. (Hallahan & Kauffman, 1982).

الكشف، التعرف، التشخيص والتقييم
والتكنيكات المستخدمة في ذلك

مقدمة

يتواجد الطلبة المضطربون سلوكيا وانفعاليا في كل برنامج تربوي، ويبدو تأثيرهم على كل من يتصل بهم. فالأطفال ذوو السلوكات الجيدة سيكتسبون بعض التصرفات غير المرغوبة من قبل أقرانهم المضطربين سلوكيا و انفعاليا، لذا عنيت التربية الخاصة بمصادرها المختلفة بهذه الفئة من الأفراد لأنها تمثل الإزعاج عند تواجدها داخل البرنامج التعليمي بحيث يصعب على المعلم ضبطهم، والتعامل معهم، والطفل المضطرب سلوكيا وانفعاليا سواء أكانت المشكلة التي يعاني منها تتمثل بالعدوانية الزائدة أم الانسحاب، لا بد أن يؤثر بكل ما يحيط به.

الكشف، التعرف، التشخيص والتقييم

Screening, Identification, Diagnosis and Evaluation

1. إن الكشف والتعرف والتشخيص عبارة عن مراحل منفصلة في عملية تسمية الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا وتقييمهم.

الكشف: عملية أولية تمهيدية للمراحل اللاحقة، بحيث لا تتصف بوصم الطفل بالإعاقة، يقوم بها الوالدان والمعلمون والفريق المتخصص، ويتم استخدام أكبر عدد ممكن من الاختبارات للأطفال الذين يعتقد بأنهم يعانون من اضطراب.

التعرف: تتضمن هذه المرحلة التأكد من أن المشاكل التي يعاني منها الطفل هي ظاهرة بشكل ملحوظ، بحيث تطلق عليهم التسمية بالاضطراب السلوكي والانفعالي.

التشخيص: مرحلة جمع المعلومات عن الفرد وظروف حياته، بحيث نستطيع وصف التدخل المناسب.

2. إن عملية تقييم الأطفال الذين يعانون من مشاكل سلوكية واجتماعية هي عملية معقدة، بحيث لا يمكن القيام بها من قبل شخص واحد؛ لأن الوالدين والمعلمين والإكلينيكين، والأطفال، لديهم إدراكات مختلفة بما يتعلق بتلك المشاكل. إن المعلومات التقييمية يجب أن تجمع بالأساس من خلال الملاحظة لسلوكات الطفل بالمواقف المختلفة.

3. الإجراءات التشخيصية ونظام التصنيف لكل من الأكاديميين والإكلينيكيين تختلف فيما بينها، فنجد أن الإكلينيكيين عادة ما يركزون على قضايا الصراعات النفسية: علاقة الفرد بالآخرين، دافعيته ورغبته في التغيير. أما الأكاديميين فيميلون للتركيز على كيفية انحراف الطفل عن السلوك الأكاديمي الانفعالي السوي، وما الذي يجب أن نفعله لتقليل مقدار هذا الانحراف؟.

- إن الكشف، والتعرف، والتشخيص عبارة عن إجراءات تستخدم من قبل المهنيين للانتقال من موضع التساؤل: هل عند الطفل مشاكل سلوكية؟ إلى موضع أكثر

تعريفا وهو وصف التدخل المناسب. وإن هذه الإجراءات : (الكشف والتعرف والتشخيص) تصبح أكثر تعقيدا بسبب أن التعاريف التي تتناول موضوع الاضطراب السلوكي و الانفعالي مختلفة، ولأن المهنيين الذين يتعاملون مع هذه الفئة مختلفون في أساليبهم وإجراءاتهم وفلسفتهم، والنظام الذي يخدم هذه الفئة يؤكد وجود أنواع مختلفة من الخدمات. (Paul & Epanchin, 1992)

- من خلال استخدام إجراءات الكشف والتعرف والتشخيص نحاول الإجابة عن الأسئلة التالية :

1. كيف يمكن التعرف على الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا؟ .
2. هل هذه المشاكل شديدة بدرجة كافية بحيث تحتاج إلى تدخل؟ .
3. ما هي طبيعة التدخل المطلوب؟ .

إجراءات الكشف والتعرف Screening Techniques

يتضمن المسح مجموعة كبيرة من الأطفال من أجل تحديد عدد الأطفال الذين بحاجة إلى خدمات إضافية أو متخصصة. وفي حالة الأطفال في سن المدرسة فإن المعلم هو المعني بعملية الكشف.

إن مصطلح الكشف يشير إلى قياس سريع وصادق للنشاطات التي تطبق بتنظيم على مجموعة من الأطفال، بغية التعرف على الأطفال الذين يعانون من صعوبات من أجل إحالتهم لعملية الفحص والتقييم.

خلال العقدين السابقين أصبح التركيز على عملية الكشف وإجراءاته تركيزا يتصف بالفعالية ، وهذا الاهتمام جاء من مصدرين :

الأول: الاعتقاد الذي ترسخ من الأبحاث في أن الكشف والتدخل المبكر يساعد في قلة انتشار اضطرابات السلوك.

الثاني : من الضغوط نتيجة وجود قوانين ملزمة وظهور المجموعات الضاغطة المتمثلة في الآباء والمهتمين . (Paul & Epanchin, 1992)

إن برنامج ما قبل المدرسة وبرامج المدرسة، تعتبر من أنواع طرق الكشف المعروفة، حيث يدخل جميع الأطفال الذين سيلتحقون بالمدارس العادية في هذا البرنامج، ويتم التعرف عليهم من خلال النواحي الجسمية والمعرفية والإدراكية والسلوكية والانفعالية.

وحتى تتم عملية الكشف بفاعلية، يجب أن يتعاون الآباء والمعلمون في ملاحظة سلوك الطفل في كل من المدرسة والبيت، هذا ويمكن الاعتماد على أكثر من طريقة للكشف عن اضطرابات السلوك، ومن أهم تلك الطرق ما يلي :

1 . **تقديرات المعلمين** Teachers Ratings

يعتبر المعلم أكثر الأشخاص أهمية في عملية الكشف عن الأطفال المضطربين انفعاليا وسلوكيا في سن المدرسة، وقد أشارت دراسات عديدة على أن تقديرات المعلم من أصدق التقديرات وأكثرها موضوعية، ومع أن المعلمين يعتبرون من أصدق المقدرين، إلا أن الدراسات أشارت أيضا إلى أن المعلمين كمجموعة يمكن أن يكونوا متميزين، وهذا يتضح عند مقارنة تحويلات المعلمين التي يمكن أن تكون إما مبالغا فيها أو متحفظة جدا، فمثلا يميل المعلم إلى عدم تحويل حالات الانسحاب الاجتماعي والخجل، لأن مثل هذه الحالات لا تسبب إزعاجا لهم، ولا تؤثر على سير العملية التعليمية، بينما يميل المعلم إلى تحويل حالات السلوك الموجهة نحو الخارج كالإزعاج والفوضى واضطرابات التصرف والحركة الزائدة، لأن ذلك يسبب إزعاجا للمعلم وتأثيرا مباشرا على سير العملية التربوية في الصف. ومن هنا يجب أن يعطى المعلم تحديدا للمشكلات التي يجب أن يلاحظها داخل الصف. (القريوتي وآخرون، 1995).

وهناك عدد من العوامل المهمة التي تدعم الفكرة القائلة بأن تقدير المعلم هو أكثر منطقية في عملية التعرف، للأسباب التالية :

1 . المعلمون مدربون على التعرف والتعامل مع أنماط تطور الشخصية عند الأطفال.

2. إن وظيفة المعلم المتمثلة في التدريس داخل غرفة الصف تزوده بعدد من السلوكات المتنوعة التي تصدر عن الأطفال، فيصبح أكثر خبرة ومعرفة فيها.

3. يتفاعل المعلمون مع الأطفال عدة ساعات كل يوم.

4. تزيد النشاطات الجماعية أو الفردية التي توفرها الظروف المدرسية من كفاءة المعلم عند إصداره الأحكام على سلوكات الأطفال.

وهناك عدد من الدراسات أشارت إلى أن للمعلم دورا فعالا، ويعتبر عاملا مهما في أي عملية كشف أو تصرف. (Shea, 1978)

2. تقديرات الوالدين Parents Ratings

يعتبر الوالدان مصدرا مهما للمعلومات عن اضطراب الطفل، ويمكن أن تجمع المعلومات من الوالدين إما من خلال المقابلات، أو من خلال قوائم الشطب والاستبانات.

ومع أن الوالدين مصدر مهم للمعلومات، لكن هناك تساؤلات حول دقة ملاحظة الوالدين للطفل، وتشير الدراسات إلى أنه توجد فروق فيما يتعلق بقوائم الشطب للأطفال وملاحظات والديهم. (Paul & Epanchin,1992)

ومن المشكلات الواضحة في استخدام الملاحظات المباشرة كمحك لتصديق تقديرات الوالدين محدودية ملاحظة السلوك، فقد ينسى الملاحظون أنهم يتابعون السلوك الصادر من الطفل لفترة مستمرة، كما أن وجود الملاحظ يمكن أن يؤثر على السلوك. وعلى الرغم من التساؤل عن ثبات تقديرات الوالدين، فإن لهم دورا مهما في عملية التحويل.

3.تقديرات الأقران Peers Ratings

تشير الدراسات الحديثة في علم النفس والتربية إلى أن وضع الأطفال الاجتماعي يرتبط إيجابيا مع التكيف في المدرسة، وكذلك مع التحصيل الأكاديمي. وعلى هذا، فإن تقديرات الأقران تعتبر إحدى الطرائق المستخدمة للكشف عن المشكلات الاجتماعية والانفعالية.

أشارت نتائج بعض الدراسات أن الأطفال في المدرسة من كل الأعمار قادرون على التعرف على المشكلات السلوكية، ولكن من الصعب على الأطفال في الأعمار الصغيرة معرفة السلوك الطبيعي أو المقبول وتحديده، ولكن يختلف الأمر في حالة الأطفال الأكبر سنا حيث يصبحون أقل تمركزا حول ذواتهم، وبذلك يستطيعون ملاحظة دلالات أو إشارات السلوك غير العادي. (القريوتي وآخرون، 1995).

إن المقاييس السوسيرمترية التي تركز على العلاقات الشخصية والاجتماعية في المجموعة، تستخدم لقياس إدراك الطفل وهي مفيدة في طرق الكشف، وإذا ما فسرت بحذر فإنها يمكن أن تكون ذات فائدة للمعلم في عملية التخطيط لطرق التدخل. (Paul & Epanchin, 1992)

4. تقدير الذات Self Rating

تعتبر تقديرات الذات مصدرا آخر للحكم على التكيف، فمن خلال تقدير الطفل لذاته، يمكن أن يساعد ذلك في التعرف إلى المشكلات التي عانى منها، وقد أشارت الدراسات إلى أن تقديرات المعلمين للأطفال المضطربين أفضل عندما يكون السلوك المضطرب الموجه نحو الخارج كالعدوان والتخريب والحركة الزائدة، ولكن التقدير الذاتي يكون أفضل في حالة الاضطراب الموجه نحو الداخل، الذي يتطلب وصف الذات من خلال المشاعر والاتجاهات الأمور الداخلية. وهذه التقديرات مفيدة للأطفال غير المقتنعين بأنفسهم أو الدفاعيين. (القريوتي وآخرون، 1995)

5. التقديرات المتعددة Multiple Ratings

إن طبيعة الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا، والتعقيدات السيكوميترية لإجراءات الكشف المختلفة، جعلت عددا من الباحثين يوصون بأن هناك حاجة ملحة للتنويع بطرق جمع المعلومات عن طبيعة تطور نمو الطفل وتكيفه، وحتى يتم التعرف بدقة على هذا الطفل المضطرب من مثل تقديرات الأقران وتقديرات الوالدين وتقديرات المعلمين وتقديرات الذات.

ومن هذه الأدوات التي استخدمت بشكل فعال بحيث جعلت من الممكن الفصل بين الطفل المضطرب سلوكيا وانفعاليا عن الأطفال الآخرين عند تقييم سلوك الطفل من خلال الإجراءات المشتركة، وعندما تكون علاقاته عادة مختلفة، ولكنها توفر معلومات من جميع الجوانب المتعلقة بالطفل في المواقف المختلفة .

Aprocess for In -School Screening of Emotionally Handicapped Children

وقد وصفت بأنها منتشرة بشكل واسع ومستخدمة، وهي تتضمن تقديرات المعلمين والأقران والذات . (Shea, 1978)

1. التعرف والتشخيص في الجوانب الأكاديمية

Indentification and Diagnosis in Educational Settings:

إن القانون العام PL.99-142 كان واضحا حول الأبعاد المحددة فيما يتعلق بإجراءات التقييم، بحيث يجب أن تكون عملية تقييم حاجات الطفل الأكاديمية عملية فردية وشاملة، حيث يتم إلحاقه في برنامج التربية الخاصة .

ومع كل التقديرات لكل الاختبارات المستخدمة في أثناء التقييم، إلا أن القانون العام للتربية الخاصة يطالب بأن تتصف الاختبارات وأدواتها بما يلي :

1. أن تكون لغة الاختبار بلغة الطفل المحلية .
2. أن تكون صادقة بحيث تقيس الأهداف ما وضعت لأجله .
3. أن تكون هذه الاختبارات مؤهلة لقياس مناطق محددة للحاجات الأكاديمية عند الطفل .

يجب أن تكون عملية التقييم شاملة ومتناولة لجميع الجوانب المتعلقة بالمشكلة الانفعالية والسلوكية عند الطفل، وأن يقوم بالتقييم فريق يتضمن على الأقل أخصائيا لديه معرفة بالاضطرابات السلوكية والانفعالية .

وأن يقيم الطفل بواسطة اختبارات تربوية ونفسية ملائمة ومتوفرة، كما أن ملاحظات

الوالدين والمعلمين وتقديراتهم يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار والملاحظات الرسمية وغير الرسمية.

الأساليب والأدوات المستخدمة في الجوانب التربوية

تتضمن الأساليب والأدوات المستخدمة لأهداف تشخيصية في الجوانب التربوية، التحليل والملاحظة المباشرة للسلوك، واختبارات الشخصية من خلال الورقة والقلم، واختبارات الذكاء، والاختبارات التي تقيس الإدراك الحركي، واختبارات الحدة البصرية والسمعية، والتقييم الأكاديمي التربوي.

ويمكن تلخيص هذه الأساليب كما يلي:

1. تحليل الجوانب المتعلقة بالبيئة الصفية Analysis of Setting

تحليل المحتوى للبيئة الصفية حيث يظهر السلوك، يتضمن جانبا مهما في عملية التشخيص التربوي، لأن المساحة ونوعية المقاعد الموجودة داخل غرفة الصف، ونوع النشاطات المتوفرة والوقت، كلها عوامل مؤثرة وجوانب يجب أن تقاس وتحلل فيما إذا كانت السبب في ظهور سلوك أو عدمه عند طفل يعاني من اضطراب سلوكي وانفعالي داخل غرفة الصف.

إن عملية تحليل الظروف الصفية مهمة ومنظمة في عملية التقييم والتشخيص لسببين، حيث إنها تساعد في:

1. تحديد فيما إذا كانت البيئة الصفية متعلقة بالمشكلة.
2. تغير العوامل التي ظهر أنها مؤثرة بشكل كبير وفعال في ظهور السلوك المضطرب عند الطفل من خلال إجراء التدخل المطلوب.

أما بالنسبة للجوانب التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار من خلال الملاحظة المباشرة لغرفة الصف فهي:

1. عدد الطلاب داخل غرفة الصف.

إن عدد الطلاب الكبير داخل غرفة الصف قد يؤثر على أداء المعلم، وسيبعد المعلم عن إمكانية إعطاء التوجيهات الفردية لطلابه، وقد يزيد من الضغط على المعلم ومن مستوى الضجيج في غرفة الصف.

2. المساحة داخل غرفة الصف

إن طبيعة ترتيب المقاعد داخل غرفة الصف، سيؤثر على عملية التفاعل ما بين الطلاب والمعلم، ووضع المقاعد على شكل خطوط مستقيمة تجعل التفاعل أوليا ما بين المعلم والطلاب بشكل فردي، بينما وضع المقاعد بشكل U سيزيد من التفاعل بين الطلاب، أيضا طبيعة الطفل يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند ترتيب غرفة الصف.

إن موقع مقعد الطفل بشكل فردي أيضا مهم، فالعزلة الجسدية لمقعد طفل عن مجموعة الصف سوف يولد عنده مشاكل اجتماعية، كذلك إذا كان مقعده في موقع قريب من الباب أو قرب طلاب يمثلون نموذجا سلبيا للطفل، فإن ذلك قد يعود على المعلم بالمشاكل.

3. طبيعة المقاعد

إن المقاعد المريحة مهمة جدا، إذ يجب أن يكون حجم المقعد ونوعه مناسبين بالنسبة للطفل الذي يعاني من الحركة الزائدة، فإن لم يكن المقعد ملتصقا بالطاولة يعتبر مشكلة.

4. الوقت

يعتبر الوقت مهما ومؤثرا، ويتضايق بعض الأطفال إذا لم يعطوا الوقت الكافي لإنهاء نشاط معين. وقد يتضايق آخرون عند إنهائهم النشاط بوقت أسرع من الآخرين، ويضطرون للجلوس حتى يفرغ الآخرون، كما ويشعر بعض الأطفال بالحيوية في أوقات معينة وفي التحديد في الصباح. (Paul & Epanchin, 1992)

2. الملاحظة المباشرة للسلوك Direct Observation of Behavior

تعتبر طريقة الملاحظة المباشرة للسلوك داخل غرفة الصف من الأساليب المفيدة في جمع المعلومات التشخيصية عن مشاكل الطفل السلوكية، وتكمن أهمية المعلومات التي

تجمع بهذه الطريقة في أن سلوك الفرد دائم التغير والتبدل، ويتأثر بعوامل ومتغيرات كثيرة، فعلى سبيل المثال الطفل الذي يفضل معلما ما داخل غرفة الصف، فإننا نجد لديه دافعية وحبا للتعاون مع هذا المعلم، وعلى العكس من ذلك الطفل نفسه مع معلم آخر نجد أن سلوكه لا يتصف بالتعاون.

تظهر فائدة الملاحظة المباشرة في أنها تزودنا بمعلومات موضوعية عن السلوك وذلك بوصفه من خلال المرافق المختلفة.

والأساليب المستخدمة في الملاحظة، إما أن تكون ذات بناء معين وتتطلب تدريبا حتى يتم استخدامها، وإما أن تكون ذات بناء أقل وتتطلب تدريبا أقل.

فالمعلم داخل غرفة الصف يستطيع ملاحظة سلوك الطلبة بشكل غير رسمي باستمرار، ويلاحظ سلوك الطالب ومشكلاته، ويحاول تعرف أسبابها، وبإمكان المعلم أن يوظف أكثر من أسلوب من مثل أسلوب الملاحظة العلمية (الذي يسمح للمعلم بجمع معلومات محددة عن سلوك الطالب)، وأسلوب الملاحظة العلمية يزودنا بمعلومات لا يمكن الحصول عليها من أي أسلوب قياس آخر، لأنه يسمح لنا بالتحليل والتسجيل المباشر للسلوك (مثلا: كم مرة يغادر الطالب المقعد؟).

حيث يتم بداية تحديد السلوك المراد ملاحظته في وقت محدد، ويقوم المعلم بتسجيل كل سلوكات الطفل التي قام بها في ذلك الوقت (يسمى هذا الأسلوب أسلوب الملاحظة بمتابعة التسجيل أي الملاحظة المستمرة)، حيث يتم من خلالها تقديم معلومات كاملة عن سلوك الطالب خلال الفترة الزمنية التي تحدث فيها الملاحظة.

سلبيات الملاحظة المستمرة هي أن يفرغ الفاحص نفسه من الواجبات الأخرى، إلا أنها أكثر فعالية لتحديد سلوك الطالب بشكل إجرائي مما يؤدي إلى فهم السلوك، وبهذه الطريقة يمكن ملاحظة جميع الأنماط السلوكية الصادرة عن الطفل.

وتتلخص مهمة الملاحظ فيما يلي:

1. تسجيل الأحداث (بحيث يتم تحديد مدى تكرار السلوك الملاحظ، أي عدد المرات التي يحدث فيها السلوك).

2. تسجيل الفترات الزمنية التي يستغرقها السلوك من خلال الاستمرار في تسجيل السلوك منذ بداية الفترة الزمنية لنهايتها، بحيث لا توجد فترات زمنية فاصلة.

ويؤكد بعض العلماء على استخدام الفترات الزمنية الفاصلة، لأنه يصعب الاستمرار في تسجيل الملاحظات داخل غرفة الصف، حيث إن ذلك يؤثر على عملية التدريس. (Lewis & Mcloughlin, 1981)

وبعد أن يقدر المعلم قياس السلوك، يجب أن يقرر بدقة الطريقة التي سيتم بها ذلك، ويجب ملاحظة السلوك في المكان والزمان الذي يحدث فيه السلوك، وتحديد الأسلوب الذي سيتم من خلاله جمع البيانات، وتحديد الشخص الذي سيقوم بجمعها وملاحظتها، وتحديد طريقة تسجيلها والمعلم، وأحيانا يجب استخدام شخص آخر ليتابع المعلم الدرس، وتسجيل المعلومات داخل سجل خاص (يحدد فيه السلوك، وشدته، وتكراره).

خطوات تحضير إجراءات الملاحظة

1. من الذي سيقوم بها؟.
2. ما الذي سيتم ملاحظته؟.
3. ما هو المكان وأين؟.
4. كيف يسجل الملاحظ البيانات؟.
5. بعد جمع المعلومات توضع في تقرير مختصر.
6. ترسم بيانيا.

وعند تفسير المعلومات التي جمعت من خلال الملاحظة لا بد من مراعاة ما يلي:

1. إنها لا تفسر المعلومات بشكل دقيق.
2. من الضروري ملاحظة عينات سلوك الطالب، لأن سلوكه يتصف بالتغير في المواقف المختلفة.
3. أن يحدد السلوك المراد ملاحظته بدقة.

4 . إذا قام بالملاحظة اثنان يجب أن يكون بينهما اتفاق على البيانات التي تم جمعها .
(Lewis & Mcloughlin, 1981)

3. اختبارات الورقة والقلم لقياس الشخصية Paper -and - Pencil tests of Personality

تستخدم هذه الاختبارات في المواقف التعليمية، وفي قياس أبعاد الشخصية وأنماط التكيف عند الأفراد. وهناك عدد من الطرق المختلفة لتقييم الشخصية، منها مقاييس تقدير السلوك، وأدوات التقدير الذاتي، وقوائم الشطب، ومقاييس مفهوم الذات. ومن هذه الأدوات:

قائمة شطب للمشاكل السلوكية / لكوي و باترسون

(Behavior Problems checklist Quay and Peterson, 1967)

-تستخدم لقياس خصائص المشاكل السلوكية عند الأطفال والمراهقين.

- تقيس (4) أبعاد للمشاكل السلوكية وهي:

1 . الاضطرابات السلوكية من مثل العدوان.

2 . اضطرابات الشخصية من مثل الانسحاب.

3 . عدم النضج.

4 . الأنماط الثقافية والاجتماعية .(Lazarus & Strichart, 1986)

دليل برستيول للتكيف الاجتماعي لمارستون

(Bristol social Adgustment Guides, Marston, 1970)

طور هذا المقياس ليزودنا بتقييم المشاكل السلوكية عند الأطفال واليافعين من الأعمار 5-16 سنة، وطور بحيث يستخدم في البيئة المدرسية.

يمكن أن تطبق وتفسر العلامات من قبل المرشد والأخصائي النفسي، والمعلم. ويمكن

أن يستخدم كأداة للكشف، وله استخدامات أخرى من مثل : وصف السلوك الملاحظ من قبل المعلم للأخصائي الإكلينيكي بشكل له معنى، وكأساس للجلسات الإرشادية، ولتقييم فعالية التدخل العلاجي، وفي تطوير الأبحاث. (Shea, 197)

مقياس بيركس لتقدير السلوك Burk's Behavior Rating Scale

يستخدم هذا المقياس لتقدير السلوك، وهو من المقاييس البارزة في تشخيص المضطربين سلوكيا وانفعاليا، صممه بيركس عام 1975-1980، بهدف التعرف إلى مظاهر الاضطرابات الانفعالية للأفراد من عمر السادسة فأكثر، ويتألف من (110) فقرات موزعة على تسعة عشر مقياسا فرعيا، وله دلالات صدق وثبات، وله ثلاثة أنواع من الصدق : (ظاهري، وتمييزي، وصدق محك).

أما المقاييس الفرعية لمقياس بيركس فهي :

الإفراط في لوم الذات، والقلق، والانسحابية الزائدة، والاعتمادية، والضعف في قوة الأنا، والضعف في القوة الجسدية، والضعف في التآزر البصري الحركي، وضعف الانتباه، وضعف القدرة على ضبط النشاط، وضعف الاتصال بالواقع، وضعف الشعور بالهوية، والإفراط في المعاناة، والمبالغة في الشعور بالظلم، والعدوانية الزائدة، والعناد والمقاومة، وضعف الانطباع الاجتماعي. (الروسان، 1998).

اختبارات الذكاء Intelligence Testing

تستخدم عادة هذه الاختبارات في التقييم التشخيصي لأنها تزودنا بمعلومات عن قدرات الطفل المعرفية والعلاقات بين الصراعات الانفعالية للطفل، ولقياس قدراته العقلية (Wechsler Intelligence scale for children, 1974).

إن أكثر الاختبارات المستخدمة لقياس القدرة العقلية هو مقياس وكسلر (1976, 1974)

يمكن قياس الاضطراب السلوكي والانفعالي عن طريق تحليل التشتت "ضمن اختبارات وكسلر الفرعية، أو عن طريق تحليل الفقرات ضمن الاختبارات الفرعية الخاصة،

أي من خلال تحليل التشتت ما بين الاختبار والتشتت داخل الاختبار، وتعتبر الاختبارات الفرعية التي تقيس الجانب اللفظي أكثر ثباتا ومقاومة لحالات التجاوز الانفعالي من الاختبارات الفرعية الأدائية. ولا بد من الإشارة في مقياس وكسلر إلى أن الاختبار الفرعي الذي يقيس المفردات هو أقل الاختبارات الفرعية تأثرا بالاضطراب السلوكي و الانفعالي.

ونحن نقيس التشتت في الاختبار الفرعي لمقياس وكسلر من خلال فحص التناقض بالاستجابات ضمن الاختبار الفرعي المعطى. وهذا النموذج يقرر فيما إذا أخفق الفرد بالعبارات السهلة ونجح أكثر بالعبارات الصعبة. وحتى ندرس تأثير العوامل الانفعالية على العمليات العقلية المعرفية، فإننا نقوم بتحليل محتوى الاستجابات الخاطئة على عبارات الاختبار الفرعي، التي قد تظهر على شكل خلل معرفي في الإدراكات، والأفكار، والمشاعر. ويستدل الفاحص على وجود الاضطراب الانفعالي من خلال ملاحظة أسلوب الإجابة الذي يظهره الفرد وتدريسه. ويمكن تحليل الفقرات التي تقيم القدرة على الانتباه والتركيز عند الفرد، فالطالب مثلا الذي يحصل دائما على علامات منخفضة على هذه الفقرات قد يرجع السبب في ذلك إلى وجود اضطراب سلوكي و انفعالي لديه.
(Lazaruse & Stmichart, 1986)

6. اختبارات التآزر والإدراك الحركي البصري Perceptual - Motor Testing

يستخدم هذا النوع من الاختبارات لقياس إعاقات أخرى عند الطفل وهي الناتجة عن التلف الدماغي Brain Damage، والثبات الذي تتصف فيه الاختبارات الإدراكية غير واضح.

أكثر الاختبارات شيوعا واستخداما هو اختبار

(Test of Behavior visual Motor Gestalt Test Bender, 1938)

هو اختبار تآزر بصري حركي، ويستخدم لتقييم الوظائف الانفعالية، متطلباته استجابات غير لفظية، وهو اختبار غير مثير للقلق، بحيث يقيم الإكلينيكي الاستجابات السلوكية للطفل وتكون ملاحظته دقيقة عند اقتراب الطفل من المهمة، وهو يقيس الجوانب التالية عند المضطربين اضطرابات سلوكية و انفعالية شديدة:

1. التغيرات الحادة المتكررة.

2. الصعوبات المعلقة.

3. حجم إعادة الإنتاج.

4. الانحرافات.

5. التناسق الحركي.

6. الأعمال التي تحتاج إلى وقت طويل.

7. الترتيبات المنسقة.

حيث إن الانحرافات، إعادة الرسم، الشطب هي دلالات عامة على القلق ورجفة باليد يصاحبها تعرق، وعدم التمكن من الرسم بشكل طبيعي. (Lazaruse & Strichart, 1986)

2. التقييم التشخيصي في جوانب الصحة العقلية

Diagnostic Evaluation In Mental Health Setting

إن إجراءات التقييم التشخيصي عادة، يقوم بها المعالج النفسي للطفل، والطبيب النفسي، والأخصائي الاجتماعي، وحديثا انضم المعلمون وأخصائي النطق والعلاج الوظيفي وأخصائي الأعصاب، وأخصائي العلاج المهني.

الهدف من وراء التقييم، هو توضيح طبيعة الصراعات التي يتعرض لها الطفل والأسرة، وعلى هذا الأساس فإن محتوى التقييم يركز على الأسئلة التالية:

1. منذ متى بدأ ظهور المشكلة عند الطفل؟ هل ظهرت في الوقت الحالي أو منذ مرحلة الطفولة المبكرة؟.

2. ما العوامل التي ساعدت وتساعد على تفاقم المشكلة عند الطفل؟ هل هناك أسباب أو مشاكل نفسية وعصبية؟ هل يؤثر الضغط الذي يمارسه الأهل عليه؟.

3 . ما مدى شدة المشاكل؟ وهل هي مستمرة عند الطفل في جميع الأوقات أم أنها تظهر في أوقات الضغط الشديد؟ .

4. كيف ينظم الطفل والعائلة أنفسهم للتعامل مع الضغوطات؟ هل يلومون الآخرين؟ أم يلقون اللوم على أنفسهم؟ هل هم غير منظمين؟ .

5 . كم تبلغ اتجاهات الطفل وأسرته نحو التغير؟ هل هم مدركون حجم المشكلة؟ هل يقيمون علاقات قائمة على الثقة مع المعالج النفسي؟ .

يتم الكشف عادة عن هذه القضايا من قبل الأخصائي النفسي في المقابلة الإكلينيكية، أو من خلال الاختبارات النفسية ومن خلال الأخصائي الاجتماعي في مقابلات الوالدين. (Paul & Epanchin, 1992)

1 . **المقابلات الإكلينيكية** Clinical Interviews

المقابلة الإكلينيكية عبارة عن إجراء متكامل لأي تقييم نفسي، وتقدم مصادر غنية من البيانات. عادة لا يوجد استخدام معياري في إجراء المقابلة الإكلينيكية لأن الأخصائيين يجدون أنفسهم ملزمين بالاعتماد على خبراتهم الذاتية مع الأطفال والمراهقين، فيما يتعلق بالأحاسيس الداخلية لأن دقة الأطفال في وصف سلوكهم الذاتي ضعيفة.

والتقارير الذاتية للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية عليها علامات استفهام لأنهم قد ينكرون الحقائق حول سلوكهم، أو قد لا يستذكرون أي معلومات حول مشاعرهم. وتظهر المقابلة الإكلينيكية أنها منطقية بكيفية نظرة الطفل لنفسه، وبخاصة في العلاقات الشخصية والبيئية لسلوكه . (Lazaruse & Strichart, 1986)

وتقسم المقابلة الإكلينيكية إلى:

1. المقابلة شبه التركيبية

تهدف هذه المقابلة إلى جمع المعلومات حول مظاهر عالم الطفل بحيث يحتفظ الإكلينيكي بالأسئلة حول ما يريد معرفته من حديث الطفل، وهنا لا يوجد حاجة لوضع

أسئلة مخططة، ويجب الحصول على نموذج واسع من مشاعر واتجاهات، وملاحظة علاقة هذه المشاعر بالمواقف والأشخاص والذات. سيجد المقابل أن الأطفال الذين يشعرون بالقلق سيتذمرون، ولديهم مشاعر بعدم السعادة، ويتهامسون لإيجاد مستمع متعاطف، ويجب على المقابل أن يضع الطفل بموضع مريح، وأن يراعي وقت المقابلة ومكانها، وأن يقيم علاقة تتصف بالألفة مع الطفل، وأن تكون المحادثة بحرية وبنهاية مفتوحة، وأن يتصف المقابل الإكلينيكي بالتكيف مع استجابات الطفل.

2. المقابلة ذات النهاية المفتوحة

تستخدم هذه المقابلة في معرفة رأي الطفل بالشكاوى، والضغوطات، والبيئة المألوفة له من مثل البيت، والأقران، والمدرسة، والنوم، والأكل، ورأي الطفل في نموه، وتاريخه، وما هي خططه للمستقبل؟.

قبل البدء في المقابلة يقدر الأخصائي النفسي ما الذي سيتم إخبار الطفل عنه فيما يتعلق بوضع الاختبار؟ وما رأي الطفل بذلك؟ كيف يشعر حول المشكلة؟ . . . ويجب على المقابل أن يبدأ الأسئلة التي يتم الإجابة عنها بشكل تلقائي (مكان السكن، الولادة، السن).

وعند مناقشة الطفل والاستماع لشكاواه، سيقود هذا بسهولة إلى إعطاء وصف دقيق عن الحياة اليومية للطفل، ويمكن الحصول على المعلومات من خلال المحادثة غير الرسمية معه.

ويمكن إضافة مجموعة الاختبارات إلى المقابلة الإكلينيكية للأطفال، لأن الطفل سيبدأ بإظهار نظرته المنطقية للواقع بعد تحقيق الألفة بينه وبين المقابل. تتطرق أسئلة المقابلة الإكلينيكية إلى مواضيع من مثل (ديناميكيات الأسرة، الانفعالات، الخبرة المدرسية الأكاديمية، الصحة الجسمية، العلاقة مع الزملاء، الوالدين، الذات).

نموذج لأسئلة المقابلة

- **ديناميكيات الأسرة**

من هم أفراد عائلتك؟ أيهم يعيش في بيتك؟ هل يعيش معكم آخرون؟ (إذا لم يكن

يعيش كلا الوالدين في البيت، حينئذ اسأل:) أين والدك/ والدتك؟ متى كان آخر مرة رأيته أو رأيتها؟ كيف يزورك؟ ما الذي تحبه بوالدك/ والدتك؟ ما الذي لا تحبه فيهم؟ ما نوع الأعمال التي تقوم بها مع والدتك/ والدك/ أخوك/ أختك؟ كيف يشعر والدك أو والدتك أو أشقاؤك حولك أو بخصوصك؟ ماذا يشبه بيتك؟ أين تنام؟ هل يشاركك أحد غرفتك؟ ما الذي عوقبت لأجله؟ من عادة يعاقبك؟ كيف يعاقبونك؟ هل العقاب عادل؟ ما هو عملك في البيت؟ ما هي الأعمال التي تضطر للقيام بها ولا تحبها؟ هل لديك أي طريق للتخلص من هذه الأنشطة؟ إذا أمكنك تغيير شيء واحد بخصوص عائلتك، ما هو هذا الأمر؟.

● الانفعالات

كيف تشعر عادة؟ ما الذي يشعرك بالسعادة - الحزن- القلق- الغضب- الفزع؟ ماذا تعمل عادة عندما تشعر بالسعادة- الحزن. . . ؟ إلخ.

● الخبرة المدرسية الأكاديمية

ما هي أكثر المواضيع تفضيلا لك في المدرسة؟ ما هي أقل المواضيع تفضيلا لك؟ هل لديك معلم مفضل؟ هل تحلم أحلام يقظة بالمدرسة؟ بماذا تختص أحلام اليقظة لديك؟ هل هناك أي شيء في المدرسة يشعرك بالسعادة، الحزن، الإحباط، الخوف، العصبية؟ هل تقع دائما بمشاكل في المدرسة؟ ما نوع المشاكل التي تقع بها؟ ماذا يحصل بعد وقوعك في المشكلة؟ كيف يحصل عادة مثل هذا الأمر؟ ماذا تشعر بعد وقوعك في المشكلة؟ ما الذي ترغب بتغييره في نفسك لجعل المدرسة أفضل؟ كيف يمكن أن يقوم المعلمون بتغييرات في المدرسة تجعل الأشياء أفضل بالنسبة لك؟.

● الصحة الجسمية

هل تعاني من مرض حقيقي؟ هل دخلت المستشفى؟ إذا كانت الإجابة نعم، كيف نظرت لهذا الأمر؟ بماذا تفكر قبل أن تذهب إلى النوم؟ ما نوع أحلامك في الليل؟ هل لديك مشاكل صرع؟ ما نوع أحلام اليقظة لديك؟ هل تعتقد أنك تأكل كثيرا أو قليلا جدا؟.

● **العلاقات مع الزملاء**

ما هو شعورك نحو الأطفال الآخرين في المدرسة و نحو الجيرة؟ هل لديك أصدقاء قريبون في المدرسة- في الجيرة؟ هل لديك صديق مفضل؟ إذا كانت الإجابة نعم، ما الذي يفعلونه عادة للاستمتاع بصحبتك؟ هل يمكنك أن تحدثني عن صديقك المفضل؟ ما الذي تعتقد أنك تفعله بشكل أفضل منه/ منها؟ ما الأشياء التي يفعلونها بشكل أفضل؟ إذا استطاع صديقك المفضل أن يحدثني عنك، ماذا سيقول؟.

● **الذات**

ما هو أفضل شيء لديك وما هو الأسوأ؟ ما الذي يشعرك حقيقة بأنك جيد؟ ما نوع الأشياء التي ترغب بعملها؟.

ومع الاقتراب إلى نهاية الاختبار يمكن سؤال الطفل: ما الجزء الذي تشعر بأنك أنجزته؟ ما أفضل شيء بخصوصه؟ ما هو أصعب جزء قمت به في هذا الاختبار؟ أنت قررت أن هذه مشكلة بالنسبة لك، كيف يمكنك حلها؟ كيف يمكن للآخرين (المعلمين، الأهل، الزملاء. . .) أن يساعدوا بحلها؟ إذا أمكنك تغيير شيء واحد بذاتك، ما هو هذا الشيء؟.

2. الاختبارات النفسية Psychological Testing

هذه المجموعة من الاختبارات تستخدم للكشف عن الصراعات التي يعاني منها الطفل، ولمعرفة ما إذا كانت الأسباب ذاتية أو لعدم قدرته على التكيف، ومن هذه المقاييس:

أ. المقاييس الإسقاطية Rorshach spot of Ink scale

اختبار رورشاخ (بقع الحبر)

حيث يعتبر هذا المقياس من المقاييس الإسقاطية، ويقوم على الافتراض بأن ربط الفرد بمثير بصري غامض، سيزودنا بمعلومات عن الذات، وفهم أكبر للوظائف الشخصية.

يتضمن المقياس (10) بطاقات تقدم بطريقة فردية للطفل، ويجب أن تتأكد من أن المفحوص قد فهم المطلوب، وفي هذا الاختبار يجب ملاحظة ثلاثة عناصر أساسية في الاستجابة بحيث تتضمن المركز، والشكل، والحركة.

بالنسبة للمركز (هل الاستجابة تتضمن كل البقعة أو فقط التفاصيل؟).

الشكل (هل تتضمن الاستجابة الشكل؟).

الحركة (هل هناك حركة ترتبط مع الاستجابة؟).

- وتحلل العلامات لتفسير الوظيفة النفسية من خلال إسقاطات الطفل.

- وتوجد طريقتان لتفسير البقع:

الأولى: تعتمد على الناحية الكمية (بمقارنة الفرد مع الآخرين من الفئة العمرية التي ينتمي إليها نفسها).

الثانية: (نوعية اختيار الفرد للاستجابات، يبرز المعلومات بخصوص تنظيماته النفسية الفردية). (Compton, 1980)

2. اختبارات الترابط الحسي

عبارة عن سلسلة من الصور وقصة تصف في كل بطاقة ما يحدث، ما هي خصائص الحديث؟ والقصة الرئيسية التي تعكس مشاعر الطفل وتفكيره عندما يسقط انفعالاته. الأخصائي يعمل على تحليل المحتوى للموضوع. ومن هذه الاختبارات:

(تفهم الموضوع للكبار) Tematic Apperception Test TAT

(تفهم الموضوع للأطفال) Children Apperception Test CAT

تستخدم اختبارات الترابط الحسي كاختبار للبحث في ديناميكية الشخصية، بحيث تظهر في علاقات الشخصية، والترابط الحسي، وتفسير معاني البيئة.

طريقة تطبيق اختبار CAT

1. يطلب من الطفل سرد قصة من البطاقات.

2. تقدم البطاقات بشكل غير مباشر (الضغوط والصراعات).

3. ليست كل القصص متعادلة من ناحية الأهمية فيما يتعلق بالتشخيص.

- توضع العلامات بمراعاة النقاط التالية:
  - الموضوع الرئيس للقصة.
  - التصور للبيئة.
  - الأشكال.
  - الصراعات.
  - المخاوف.
  - الأنا الأعلى.
  - خيال الفرد.
  - الحاجات الأساسية. (Compton, 1980)

3. مقابلات الوالدين Parents Interviews

جزء مهم من عملية التقييم للطفل هو إجراء مقابلة مع الوالدين، إما الأب، أو الأم أو كلا الوالدين، هنا تقيم العلاقة بين الطفل والوالدين، وكذلك اتجاهات الوالدين نحو الطفل.

ويمكن تصنيف المعلومات التي تجمعهم خلال المقابلات كالتالي:

1. تفهم الوالدين لطبيعة المشكلة التي يعاني منها طفلهم، والمعلومات عن أسباب هذه المشكلة من وجهة نظرهم.

2. تكيف الطفل مع العائلة ، ومع الأطفال الآخرين والمدرسة ، وتشمل أيضا معلومات عن جوانب القوة والضعف في شخصية الطفل .

3. معلومات عن تاريخ الحالة للطفل (نموه ، وتطوره) .

4. العلاقات العائلية سواء من قبل الطفل مع العائلة أو من قبل بقية أفراد العائلة مع الطفل .

5. معلومات عن الوالدين من هذه المعلومات توفر رؤية واضحة عن السلوكات والاتجاهات المطلوب معرفتها يستطيع الوالدان تقديم معلومات مهمة عن أطفالهما تفيد في التقييم ، فهما يعرفان طفلهما حق المعرفة من جميع الجوانب . لذا يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار كل المعلومات التي يستطيعان تقديمها . (Shea, 1978)

الفصل الرابع

الخدمات المقدمة للأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا

- **المقدمة**
- **انواع الخدمات المقدمة للمضطربين سلوكيا وانفعاليا:**

1. الخدمات التربوية

- **المرتكزات والأفكار الرئيسية للخدمات التربوية.**
- **تطور الخدمات التربوية للأطفال المضطربين.**

1. البرامج التي يقدمها معلم الصف العادي.
2. خدمات الإحالة والتدخل.
3. الخدمات الداعمة المتخصصة.
4. الصف الخاصّ.
5. المدرسة الخاصة.

2. الخدمات النفسية وخدمات الطب النفسي.

1. العلاج النفسي.
2. علاج الوالدين.
3. العلاج النفسي الجماعي.
4. العلاج العائلي.
5. العلاج المهني.

3. الخدمات الطبية.

4. الخدمات الاجتماعية.

- **نماذج للخدمات المقدمة للمضطربين سلوكيا وانفعاليا.**

الخدمات المقدمة للأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا

مقدمة

تعتبر ظاهرة الاهتمام بالمضطربين سلوكيا وانفعاليا ظاهرة حديثةنسبيا، حيث سلطت الأضواء في السنوات الأخيرة على ما أطلق عليه البرامج والخدمات المقدمة للمضطربين سلوكيا وانفعاليا، وظهر عدد من التوجهات التي اهتمت بشكل مباشر بتقديم عدد من البدائل التربوية والنفسية والاجتماعية، وأحدث هذه التوجهات ظهور نظام الخدمات الشاملة والمتكاملة المقدمة لهم.

ويسلط هذا الفصل الضوء على الخدمات المقدمة للمضطربين سلوكيا وانفعاليا بأنواعها المختلفة والتي تشمل الخدمات التربوية والنفسية والاجتماعية والطبية.

تتكون الخدمات التربوية من البدائل التالية: البرامج المقدمة من معلم الصف العادي، وخدمات الإحالة والتدخل، والخدمات الداعمة المتخصصة، والصف الخاص، والمدرسة الخاصة.

أما الخدمات النفسية، فتتكون من: العلاج النفسي، والعلاج النفسي الجماعي، وعلاج الوالدين، والعلاج العائلي، والعلاج المهني.

بالإضافة إلى الخدمات الاجتماعية والتي تشمل: الإيواء، ومشاريع إعادة التأهيل، وأخيرا سيتم بشكل سريع استعراض الخدمات الطبية.

أنواع الخدمات المقدمة للأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا

أولا: الخدمات التربوية:

تعتبر من أهم الخدمات التي يجب تقديمها للأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا، وذلك للآثار التي يتركها الاضطراب على قدرات الطلبة التعليمية والتحصيلية.

المرتكزات والأفكار الرئيسية في الخدمات التربوية:

1. تعتبر ظاهرة تربية الأطفال المضطربين وتعليمهم ظاهرة حديثة نسبيا .
2. تعتبر مجموعة البرامج والخدمات التي تحددها الأنظمةوالتشريعات القانونية مناسبة للأطفال المضطربين .
3. يزود الأطفال المضطربون ببعض الخدمات في غرفة الصف مع توفير الدعم النفسي والاجتماعي .
4. قد يحول بعض الطلبة المضطربين إلى صفوف خاصة بدوام جزئي أو كلي .
5. قد يحول بعض الأطفال المضطربين إلى المراكز النهارية .
6. إن كثيرا من البدائل التربوية من قبل المرشدين ، ومديري المدارس ، والوالدين ، قد تتضمن برامج تربوية للأطفال المضطربين .
7. إن النشاطات التربوية المتنوعة مثل التخييم وفتح الصفوف الخاصة بالمضطربين ، قد تبرز أهمية تربية الأطفال المضطربين .
8. يجب أن تؤخذ الحاجات الفردية بعين الاعتبار عند التخطيط لأي برنامج تربوي . (Paul & Epanchin, 1992)

تطور الخدمات التربوية للأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا

تعتبر خدمات التربية الخاصة للأطفال المضطربين حديثة نسبيا ، فقبل عام 1960 كانت فكرة أن يكون هناك معلمون قادرون على المساهمة بشكل فعال في تربية المضطربين وتعليمهم تعتبر من الخرافات ، فالمدارس كانت تنتظر أن تتم معالجة هؤلاء الأطفال خارج إطارها ، وفيما بعد أصبح هناك فريق في المدرسة الخاصة بالأطفال المضطربين مسؤول عن وضع البرامج العلاجية الطبية دون وجود المؤهلات المتخصصة في علاج الأطفال المضطربين . ولكن ذلك كان الإشارة الأولى إلى الاستجابة الطبية للمضطربين سلوكيا وانفعاليا .

وفي الوقت نفسه، ساهم ذلك في تطوير مشروع إعادة النظر في الأساليب التربوية ودورها في تقييم اتجاهات بعض المعلمين وتغييرها وهم الذين نادوا بأن المعلمين قادرون على العمل مع الأطفال المضطربين بشكل فعال.

وهكذا وضع الأطفال المضطربون سلوكيا وانفعاليا في مراكز للإيواء لتعريضهم لبرامج تدريبية متخصصة في علاج المضطربين، وانطلق هذا الاتجاه في انجلترا وفرنسا واسكتلندا وكندا، وذلك لعدم قدرة المدارس العامة في تلك الفترة على وضع البرامج القادرة على التعامل مع هؤلاء الأطفال.

ولفهم الأحداث التي ساهمت في تطوير الاستجابة التربوية لمشكلة الأطفال المضطربين، لا بد من دراسة تاريخ الخدمات المتخصصة المقدمة للمضطربين، بالاعتماد على كانير . (Kanner, 1970)

كذلك كانت ظاهرة الأطفال المضطربين قبل القرن التاسع عشر، مرتبطة بشكل كبير بالقضايا الروحانية والصوفية غير المدركة حسيا، وهذا التفكير القريب جاء نتيجة لافتراض مؤداه : أن الشيطان يسيطر على هؤلاء الأطفال، لذلك فهؤلاء الأطفال رفضوا من المجتمع وحتى أحيانا من الوالدين، لأن الاتجاهات الإنسانية لم تكن سائدة في تلك الفترة، وذلك للسلوك العدواني الذي كان يبديه الأطفال المضطربون.

وبدأ الاهتمام الحقيقي في الجوانب الإنسانية في عام 1800 بوصف الأطفال المضطربين، وتصنيفهم، فلقد بدأ العلماء والأطباء يلاحظون الخصائص الشخصية لهؤلاء الأطفال بعناية كبيرة، فأجريت الدراسات على تلك الخصائص، وعلى الرغم من ذلك بقي الافتراض الذي مؤداه بأن الاضطراب هو عمل شيطاني.

وبعد ذلك بدأ الاهتمام بتحديد حالات الاضطراب عن طريق دراسة الأسباب الوراثية للمشكلة.

وفي بداية القرن العشرين، تزايد الاهتمام بالتشخيص المتخصص بالاعتماد على النظريات النفسية الديناميكية مع التأكيد على التصنيف الطبي.

وحقق فرويد بعض النجاحات في علاج الأطفال المضطربين. ومنذ عام 1940 وحتى عام 1950، تزايد التوجه بشكل مباشر نحو التدخل الطبي باستخدام الأدوية والعقاقير والصدمات الكهربائية والتدخل الجراحي.

وقد اعتبر تطور برامج المدرسة السلوكية ثورة في علاج الأطفال المضطربين، وإشارة واضحة للتغلب على الاضطرابات، حيث إن برامج المدرسة السلوكية ساهمت في خفض المشاعر والسلوكات غير المرغوب فيها لدى المضطربين.

وهكذا أبدى اهتمام علماء النفس والمرشدين النفسيين الذين يتبنون النظرية الإنسانية إلى زيادة الاهتمام بالأطفال المضطربين.

وفي عام 1964 كتب كل من مورس وجتلر وفنك(Morse, Gultr, Fink, 1964) تقريرا عن المدارس الخاصة بالأطفال المضطربين.

وفي نهاية الستينات بدأ الانتباه إلى قضية الدمج عن طريق الورقة التي أعدها دنز لاندمارك (Dunn's Landmark, 1968) الذي كتب عددا من المقالات عن هذا الموضوع، حيث تركزت موضوعات مقالاته حول فوائد الدمج مقارنة مع العزل بالنسبة للأطفال المضطربين.

وقد اعتقد عدد من العلماء، أن دمج الأطفال المضطربين يعمل على تقوية مفهومهم لذواتهم وتطوير نموهم الاجتماعي، بينما يعمل العزل على وصم الأطفال المضطربين.

ويعتقد البعض بأن الدمج كبرنامج تربوي، يوفر الشعور بالأمن للأطفال المضطربين، ولكن هناك بعض المخاوف التي مؤداها أن معلمي الصفوف العادية قد لا يعدلون المنهاج بطريقة مناسبة للأطفال المضطربين، وبالتالي فإن أقرانم العاديين لا يتقبلونهم نتيجة عدم التكيف معهم. (Clarizio & Mccoy, 1993)

وقد أجريت دراسات كثيرة قارنت بين الأطفال المضطربين المدموجين وغير المدموجين من حيث التحصيل الأكاديمي والتكيف الاجتماعي وصعوبات التعلم. وقد أشارت نتائج الدراسات تلك إلى أن الأطفال المضطربين الذين يمضون يومهم في الصف العادي المنتظم، أكثر تكيفا من الأطفال في الصف الخاص.

وفي عام 1975 أكد قانون 142/94 (التعليم لجميع الأطفال المعاقين) على أن الدمج أصبح أكثر من كونه قضية بحثية.

وهكذا، بدأ معلمو التربية الخاصة يركزون انتباههم على الاستراتيجيات المناسبة لتطبيق برامج الدمج، مما تطلب تدريب المعلمين أثناء الخدمة على كيفية التعامل مع الأطفال المضطربين .(Hallahan & Kauffman, 1991) لذلك تم التركيز على الدور المعزز والخلاق من قبل المعلمين للتعامل مع هؤلاء الأطفال، وتتضمن الاستراتيجيات المستخدمة في التدريس، تطوير نماذج جديدة للصفوف الخاصة وبرامج غرف المصادر.

وتتمثل الخدمات الحالية للتربية الخاصة بالنسبة للمضطربين في الأسئلة المطروحة حول فعالية البرامج ونوعيتها.

ويؤكد القانون العام142/94 (التعليم لجميع المعاقين)، على أن كل طفل يشخص كمضطرب يجب أن توضع له خطة تربوية فردية، وتتضمن هذه الخطة المجالات النمائية الأخرى الخارجة عن إطار الأهداف التربوية، لذلك فإن برامج التعليم الفردي يجب أن تكون قادرة على تحقيق الأهداف النمائية المختلفة، بالإضافة للأهداف الأكاديمية، كما تعالج الخطة التربوية الفردية التنشئة الاجتماعية والأهداف السلوكية، وتعمل على تحديد برامج التدخل المناسبة.

ويؤكد القانون كذلك، على وجود مدى واسع من الخدمات، مناسب للمستويات المختلفة من الاضطراب، بحيث توفر البيئة الأقل تقييدا، ومن البرامج والخدمات ما يلي:

1. الصف العادي المنتظم: يوضع فيه الأطفال المضطربون مع العاديين تحت الإشراف المباشر من معلمين مؤهلين.
2. الخدمات الداعمة، وتتضمن خدمات الإرشاد، والاستشارات النفسية، من قبل شخص مدرب.
3. برامج غرف المصادر.
4. خدمات الصف الخاص، حيث يوضع الأطفال بصفوف خاصة بالمضطربين، مع تلقي البرامج التربوية والعلاجية مباشرة من شخص مؤهل ومدرب.

5. برامج المدرسة الخاصة: حيث يوضع الطفل المضطرب هنا في مدرسة مصممة خصيصا للأطفال المضطربين، تتوفر فيها البرامج التي تغطي الحاجات الأساسية لهم.

6. برامج المؤسسات: وتمثل هذه البرامج البيئة الأكثر تقييدا بالنسبة للمضطربين بحيث يحول الطفل المضطرب إلى المصحات العقلية، ويتلقى الخدمات التربوية، بالإضافة للخدمات المؤسسية الأخرى.

وفيما يلي عرض مفصل للخدمات والبرامج التربوية:

1. البرامج التي يقدمها معلم الصف العادي:

بالنظر للقانون 142/94 وبالأخص الفقرة التي تؤكد على توفير البيئة الأقل تقييدا بالنسبة للمعاقين، نجد أن الصف العادي المنتظم يوفر الإمكانيات الحقيقية لهذه البيئة، لذلك فمعلم الصف العادي يجب أن يكون مدربا على دمج الأطفال المضطربين في المدرسة العادية سواء بوجود الخدمات الداعمة من شخص مدرب أم بدونه، وفيما يلي أربع طرق يستطيع معلم الصف العادي من خلالها التدخل لوضع برامج مناسبة للمضطربين:

أ. الوقاية:

ربما تكون الوقاية من أكثر الوظائف الهامة بالنسبة للمعلم، بحيث يستطيع المعلم توفير جو مناسب من الصحة النفسية في الصف العادي تسوده الإنتاجية والاستجابات المناسبة، بحيث يساعد الأطفال على التعامل مع القلق والإحباط والسلوك اللاتكيفي والعدوان، وتنخفض في هذه البرامج الحاجة لوجود متخصص لإجراء عملية التدخل.

ب. الإحالة:

يعتبر المعلم أول من يكتشف حاجة الطفل لبرامج التدخل المتخصصة، حيث يصبح المعلم مع الخبرة ذا حساسية عالية في التعرف على مشاعر الطلبة وانفعالاتهم، وبالتالي فإن هذا مهم جدا للتعرف على الإجراءات المناسبة للقيام بعملية الإحالة، بالإضافة لعملية القياس والتشخيص.

ج. الخطة التربوية الفردية:

يجب أن يكون المعلم قادرا على اتخاذا القرارات المناسبة لتعليم الطفل، والتي تشمل اختيار البيئة المناسبة، والبرنامج العلاجي المناسب، مما يؤهله لوضع الخطة التربوية المناسبة لتعليم الطفل واشتقاق الأهداف التعليمية له.

د. التعاون والتنسيق في تقديم الخدمات:

حيث يتعاون فريق من الأخصائيين في وضع الخطة التربوية بالإضافة للمعلم والأهل (Paul & Epanchin, 1992).

الوقاية من المشكلات التي تحدث في الصف العادي

من الأسباب الأكثر شيوعا، التي تؤدي للاضطراب في الصف العادي: الإحباط، والفشل الأكاديمي، والارتباك، والانسحاب، والعزلة، وعدم الاتزان الانفعالي الداخلي. وفيما يلي بعض الاستراتيجيات التي يستخدمها المعلم مع كل من الأسباب السابقة لتوفير الوقاية المناسبة، ومنها:

أ. الإحباط والفشل الأكاديمي:

من غير المناسب جدا للطفل الذي يفشل في التحصيل الأكاديمي أن يبقى خارج النظام التربوي، لأن الأطفال يكونون داخل النظام التربوي بشكل مقصود وليس اعتمادا على مبدأ الفرص، وبالتالي فإن تعرض بعض الطلبة للمهمات الأكاديمية الصعبة، يسبب لهم الإحباط والفشل. والطريقة الأفضل لتخفيض الفشل والإحباط لدى الطلبة، هي إعطاؤهم مهمات تربوية ينجحون فيها وليس فقط في القدرات الفردية، يلي ذلك المجالات المختلفة، ويوجد حاليا مدخلان لتفريد التعليم هما:

1. المدخل الأول: كل طفل يتلقى التعليم المناسب لقدراته، واستعداداته، والتفضيلات المناسبة له، بحيث يقيم البرنامج التربوي بطريقة مناسبة لحاجات الطالب.

2. المدخل الثاني: أن يسمح الصف العادي لكل طفل بأن يختار نوع النشاط الذي يناسب حاجاته الأساسية ومستواه.

ب. الارتباك

الأطفال الذين يكونون غير متأكدين من مدى أدائهم في الصف العادي، والذين لا يلتزمون بقواعد المثابرة والتحصيل يكونون غير واثقين من أنفسهم، وسرعان ما يرتبكون. ومن الطرق المناسبة للتعامل مع هذه الحالة، توفير مدى كبير من الوضوح في الأهداف والأساليب للطفل، ومن الطرق المناسبة لتوفير الراحة النفسية في الصف، إيجاد درجة من الوعي والإدارة لدى الطلبة للبيئة الصفية، مما يساهم في قدرة الطالب على تنبؤ الأحداث الصفية عن طريق قواعد عامة للصف، يتم توضيحها للطلبة عن طريق المواد المناقشة معهم خلال اليوم الدراسي.

ج. الانسحاب

وهو من الاستجابات الأخرى التي تؤدي للاضطراب في الصف، حيث إنه من غير المناسب ترك الطلبة ينعزلون وينسحبون من المواقف الصفية، مما يكون بعض المشاعر السلبية لديهم، مما يؤثر على قدرتهم وقابليتهم للتعلم. ومن الأسباب التي تساعد في انسحاب الطالب من الموقف الصفي: الانطباعات، والانفعالات السلبية مثل الخوف والغضب والفشل. وللتغلب على الانسحاب يجب توفير الفرص المناسبة للمشاركة. كذلك يجب إعطاء الفرص للطلبة للإجابة والسؤال بحرية تامة، وتوفير الجو المناسب لاستجاباته بعيدا عن النقد والعقاب النفسي والجسدي، وتشجيعه المستمر على المشاركة والاندماج في نشاطات الصف، ويمكن تحقيق ذلك في الصف العادي عن طريق تشكيل مجموعات العون الذاتي.

د. الضجر والملل

معظم الاستجابات والسلوكات اللاتكيفية بالنسبة للطلبة، تكون نتيجة الشعور بالضجر والملل، لأسباب متعددة، منها: العقاب، وكثرة الكلام، وعدم التواصل مع

المعلم، مما يجعل الصف بيئة غير مناسبة للطفل، لذلك لا بد من توفير أجواء الإثارة والتشويق في البيئة الصفية.

وهنا يكون المعلم مسؤولا عن توفير النشاطات المتنوعة والمشوقة والمرتبطة بحياة الطلبة، واستخدام الفكاهة والمرح عندما يشعر الطلبة بالملل والضجر، كما أن التنويع المستمر يعمل على التخلص من الملل والضجر.

هـ. المقاومة والتمرد غير المقصود

قد يحاول بعض الطلبة التمرد ومقاومة النشاطات الصفية، مما يشكل لديهم كراهية للنظام الصفي، لذلك فالمعلم الحكيم يجب أن يتفهم ويستوعب حاجات الطالب، فمثل هذا التصرف قد يكون خارجا عن طبيعة الطالب.

2. خدمات الإحالة والتدخل:

يبدأ المعلم على الأغلب عملية الإحالة التي تؤدي إلى إعطاء الطالب التصنيف كمضطرب، لذلك يسأل المعلم من قبل فريق المعالجة عن بعض المعلومات الأساسية المتعلقة به، وذلك لكتابة الخطة التربوية الفردية والتي تتضمن التحصيل الأكاديمي للطالب، والمهارات الاجتماعية والسلوكية، وفيما يلي بعض الخطوات التي تساعد المعلم في أن يكون جزءا من عملية الإحالة:

1. التوثيق في السجلات

يجب على المعلم أن يكون قادرا على توثيق الملاحظات حول الطالب في الموقف الصفي، من حيث الاهتمامات والحاجات والقدرات، لأن هذه المعلومات هامة للفريق الذي سيعمل مع الطفل، كما أنها تساعد المعلم في اكتشاف الطرق المناسبة لمعالجة المشكلة أحيانا دون اللجوء للإحالة.

2. التعرف على عملية الإحالة

يجب على المعلم أن يكون مدركا وواعيا لعملية الإحالة وإجراءاتها المستخدمة في

المدرسة والنظام التربوي، والتي تتضمن الكشف، والتقييم، واختيار البيئة المناسبة للطفل، وتقييم البرنامج المقدم للطفل المضطرب.

3. العمل على حل المشكلات أولا

يجب على المعلم أن يكون قادرا على حل مشكلات الطفل قبل أن يبدأ في وضع البرنامج العلاجي، وذلك عن طريق التعرف على المعلومات التفصيلية عن الطفل، ووضع برامج تعديل السلوك المناسبة، وتدريب الطفل على مهارات حل المشكلة.

4. المشاركة الفعالة في عملية الكشف والتقييم

يجب أن يكون المعلم عضوا فعالا في الفريق الذي يقوم بعملية الكشف وتقييم الطالب عن قرب في البرامج الصفية اليومية، كونه أكثر أعضاء الفريق اتصالا مع الطالب، ويستطيع تزويد الفريق المختص بالمعلومات عن السلوك الصفي للطالب ومواطن القوة والضعف لديه، وتحديد الحاجات الأساسية له، ومدى تفاعله في علاقته مع زملائه.

5. المشاركة الفعالة في كتابة الخطة التربوية

يجب على المعلم أن يكون عضوا فعالا في الفريق الذي يضع الخطة التربوية، لأنه يسهم في وضع الأهداف التربوية والسلوكية المختلفة للطفل، كما أنه يوضح بعض المعلومات الهامة لفريق الأخصائيين المعالج.

3. الخدمات الداعمة المتخصصة

أحد التوجهات الهامة في مجال التربية الخاصة هو التعاون والتنسيق الوثيق بين برامج التربية الخاصة وبرامج التربية العادية، وهذا الاتجاه جاء نتيجة للقانون العام 142/94، الذي نادى بتوفير البيئة الأقل تقييدا بالنسبة للمعاقين، والمشابهة لبيئة الأطفال العاديين، وهذا التوجه يعني توفير خدمات داعمة في الصف العادي لتسهيل عمل المعلم ومساعدته على التعامل بفعالية مع المشكلات التي تواجه هؤلاء الطلبة.

الخدمات المساندة والداعمة

تتكون الخدمات المساندة مما يلي :

أ. خدمات التشخيص

في بعض الأحيان يكون وجود المتخصصين ضروريا بالنسبة للمعلم العادي لتزويده ببعض المعلومات عن التشخيص، والتي يمكن أن يستخدمها في وضع البرنامج التربوي، وتتضمن جمع البيانات عن السلوك، والقيام بالقياس الرسمي وغير الرسمي لقدرات الطلبة، وهذا يساعد المعلم في المشاركة مع الفريق المعالج الذي يعمل على كتابة الخطة التربوية الفردية.

ب. خدمات الاستشارة الفنية

وهنا يجب وضع معلم تربية خاصة لمساعدة المعلم العادي في التعامل مع المشكلات السّلوكية التي يظهرها الأطفال المضطربون في الصف.

كذلك يساهم معلم التربية الخاصة في تطوير مهارات المعلم العادي ليتسنى له التعامل بفعالية مع الأطفال المضطربين في المدرسة العادية.

ج. تعدد طرق التدخل

طور العديد من طرق التدخل لتوفير الخدمات للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وتتضمن هذه الطرق الإرشاد التربوي والخطط العلاجية التي صممت لمساعدة الطفل المضطرب للبقاء في الصف العادي أطول وقت ممكن.

د.٣الخدمات الوسيطية

يعتبر معلم التربية الخاصة وسيطا بين خدمات المدرسة العادية والخدمات الأخرى التي يقدمها المجتمع للأطفال المضطربين، وبالتالي يعمل الوسيط على تنسيق الجهود بين المدرسة والمجتمع لتوفير الخدمات المناسبة لهم. (Paul & Epanchin, 1992)

بعض الاعتبارات الخاصة بالنسبة لخدمات الدعم المساندة

تتضمن تدريبات المعلم تزويده بالوعي المناسب لخدمات الدعم المناسبة، والانتباه الخاص للتأكيد على الأبعاد المختلفة للبيئة المدرسية، مما يساعد في نجاح البرامج المقترحة وتقبلها بواسطة معلم التربية الخاصة. وفيما يلي بعض الاعتبارات التي تساهم في زيادة وعي المعلم:

1. تصميم البرنامج .

يمكن تصميم البرنامج بالدعم من المجتمع المدرسي وبوجود مشرف تربية خاصة، كذلك فإن مشاركةالوالدين تساهم بالضغط على المحاور المختلفة للبدء في البرنامج

2. التغلب على شعور المعلم العادي الذي مؤداه بأن الأخصائي هو صاحب القرار، حيث يكون اعتقادا مفاده أن الأطفال يخصون الأخصائي، لذلك يجب التركيز على أهمية التعاون بين الأخصائي ومعلم الصف العادي، بحيث يناقش الأخصائي المعلم العادي أثناء وضع الخطة التربوية في اتخاذ القرارات التربوية المناسبة للطفل. كذلك يجب على الأخصائي أن يقوم بزيارات متكررة ومختصرة للصف. وبعد الزيارة يجب إعطاء المعلم فرصة للمناقشة حول ما يحدث في غرفة الصف. وبذلك يساعد الأخصائي المعلم في تقبل غرفة الصف وجعلها جذابة بالنسبة له.

3. تزويد الأطفال المضطربين بالخدمات

يجب على الأخصائي أن يؤكد على الدور القيم الذي يقوم به المعلمون في تقديم الخدمات التربوية المتنوعة للأطفال، لذا يجب أن يعطوا الفرصة للتعبير عن جوانب اهتماماتهم بالطلبة، وأن يتم العمل كفريق، للتخطيط لتقديم الخدمات وتزويد الطلبة المضطربين بها.

4.القدرة على وصف العمل وفهمه.

من الضروري جدا أن يكون معلم التربية الخاصة قادرا على فهم عمله ووصفه، ولديه معرفة كبيرة بأساليب تدريس وتشخيص الطلبة الذين يتعامل معهم، وذلك لعمل برنامج متكامل بالتنسيق مع الأخصائي.

5. تقييم البرنامج

تبرز أهمية تقييم البرنامج لثلاثة أسباب هي:

1. أن معلم التربية الخاصة يرغب بإبراز قيمة البرنامج أو الخدمة المقدمة للمشرفين والأخصائيين، وكادر المعلمين والوالدين، وذلك لتقديم صورة عن فعالية البرنامج المقدم.
2. إن تبرير قيمة البرنامج وإثباتها عملية مهمة للأخصائيين والمعلمين أنفسهم، وذلك للتعرف على نقاط القوة والضعف في البرنامج، وطرق التدريس المناسبة للطلبة، ثم للرغبة بالشعور بالرضا حول أدائهم، كذلك لتسجيل التغييرات التي تحدث على سلوك أداء الطلبة المستهدفين في البرنامج.
3. إن تقييم المعلومات والمبادئ المستخدمة في تطبيق البرنامج ذو أهمية كبيرة في مساعدة الأخصائي في اتخاذ القرارات، كما يساهم في وجود تنسيق في الجهود لإنجاح البرنامج الذي تساهم المعلومات والمعرفة المتجددة في تطويره.

وفيما يلي بعض الإرشادات التي تساعد المعلم في جمع المعلومات الخاصة بتقييم البرنامج المقدم للطلبة:

أ. وصف المعايير المستخدمة في البرنامج بدقة: لفحص الطرق المناسبة لوضع البرنامج، يجب أن يكون لدى المعلم فكرة واضحة عن عمل الأخصائيين المهنيين، وأن يكون لديه القدرة على مناقشة كادر المدرسة والمعلمين ومشرفي التربية الخاصة والآباء حول أهداف البرنامج ومعايير النجاح، وذلك لتحديد احتياجاتهم.

ب . تقييم إدارة البرنامج : يتم ذلك عن طريق مقارنة البرنامج المطبق بالمعايير المخطط لها ، ويتم ذلك عن طريق سؤال الآخرين عن آرائهم ، ووصف الطرق التي تؤدي لتطوير البرنامج ، والأمور التي يركز عليها الوالدان عند وضع الخطة التربوية الفردية وكتابتها .

ج . تحديد الأهداف : ويكون ذلك بالاعتماد على تحديد الحاجات ، وبالتالي القدرة على الوصف والتنبؤ بما سيحدث في البرنامج ، مما يساهم في زيادة رغبة الآباء في المشاركة في وضع الخطة التربوية الفردية .

د . وضع قائمة بخطوات العمل في البرنامج وتاريخ تطبيقها وتسمية المسؤولين عنها ، لأن ذلك يساهم في تحديد دور الوالدين في البرنامج التربوي ، وتحديد الاقتراحات التي يمكن أن يقدماها لتدريب أبنائهم .

هـ . تحديد النشاطات : يجب أن توضع قائمة بالنشاطات المقدمة للطلبة وذلك لتقييمها بموضوعية ، وذلك لإبلاغ الوالدين تلفونيا بفائدتها ، أو عن طريق إرسال التقارير الدورية .

و . توثيق نتائج البرنامج : يجب على القائمين على البرنامج توثيق كل ما يحدث في البرنامج وتسجيله بموضوعية ، لأن ذلك يساعد في عملية المقارنة بين البرامج المختلفة والمقارنة بين البرامج المقدمة في السنوات الماضية . (Paul & Epanchin, 1992)

4. الصف الخاص

قد لا ينجح بعض الطلبة المضطربين بالتكيف والاندماج في الصف العادي ، حتى مع تقديم الخدمات النفسية والاجتماعية المساندة من معلم التربية الخاصة . وبالتالي فإن البديل التربوي المناسب لهؤلاء الطلبة هو صف التربية الخاصة الخاص بالأطفال المضطربين ، مع استخدام تكنيكات وطرق تعليمية مناسبة . وللصف الخاص بعض الفوائد وخصوصا في عملية تقديم الخدمات للمضطربين اضطرابا شديدا ، وإحدى هذه الفوائد هي عزلهم بشكل

جزئي عن الأطفال العاديين، لإعطائهم نوعا من الراحة النفسية بعيدا عن الجو العادي الذي قد يشكل أحيانا بيئة ضاغطة عليهم.

وبالتالي يمكن تعميم الوضع في الصف العادي، بحيث يكون المعلم قادرا على ضبط البيئة المحيطة بالطلبة كونها بيئة علاجية، يجب أن تناسبهم، ويجب أن يتضمن المنهاج بعض الجوانب الاجتماعية التي يجب أن تكون وثيقة الصلة بالحاجات الأساسية للطلبة المضطربين.

ويتكون الصف الخاص النموذجي للأطفال المضطربين من (10-6) طلاب، وهذا العدد القليل يسمح للمعلم بتزويد الطلبة بخدمات شاملة ومتكاملة، كما يساعده في وضع برامج تدريسية أو علاجية تساهم في مساعدة الطفل بالاتصال مع الآخرين بسهولة، كذلك في الصف الخاص يسمح للمعلم بإعطاء وقت أكبر للتدخل العلاجي، بما يمكنه من تقديم برامج الخدمات المساندة بسهولة، ويجب أن تكون البرامج المقدمة للأطفال المضطربين مناسبة لنمو الطلبة وللتغيرات التي تظهر عليهم نتيجة عوامل النمو، حيث إن هذه التغيرات وجدت في عدد من الصفوف الخاصة ومنها:

1. يسير البرنامج من الصلابة نحو المرونة، حيث إن كثيرا من الخطط التربوية الفردية تكون صعبة التطبيق في البداية، وعندما يصبح الطفل أكثر كفاءة تصبح أكثر مرونة.
2. تساهم التغيرات في تكوين ضبط داخلي لدى الطفل بدلا من الضبط الخارجي، حيث يعزز الطفل في البداية، وتكون الخطة بإشراف مستمر من المعلمين، ولكن الاستمرار في البرامج العلاجية يساعد الطفل على تكوين استجابات داخلية معلنة في بداية تكوين الضبط الداخلي لديه.
3. الانطلاق من الأهداف قصيرة المدى إلى الأهداف طويلة المدى، حيث إن الطفل في البداية يخضع لنظام معين وساعة بعد أخرى، وأحيانا يوما بعد يوم يسير الطفل باتجاه الهدف المخطط له في البرنامج.

4. الانتقال من العزل إلى الدمج، حيث إن تحقيق الأهداف في الصف الخاص يسارع في انتقال الطفل إلى برامج الدمج الأخرى، وانتقاله إلى بيئة أقل تقييدا تزوده ببعض حاجاته الأساسية التي تساعده على التكيف، وتساهم في عودته للصف العادي المنتظم. (Paul & Epanchin, 1992)

5. المدرسة الخاصة

المدارس الخاصة بالمضطربين قد تكون مناسبة أحيانا أكثر من المدارس العامة، لأنها تقدم لهم خدمات وتسهيلات غير متوفرة في المدرسة العادية، وبخاصة لذوي الاضطرابات الشديدة، ولكن من سلبيات العزل -الذي تمثله المدرسة الخاصة- الوجوم والانسحاب وضعف التفاعل الاجتماعي مع الأطفال العاديين، حيث تشكل هذه السلبيات نوعا من عدم التوازن لهذا البرنامج.

الخدمات التي تقدمها المدرسة الخاصة:

1. ضبط البيئة وتقييدها، إذ يجب أن تصمم المدرسة بحيث تناسب الأطفال المضطربين، ويتضمن هذا توفير غرف خاصة تساهم في ضبط سلوك الطلبة المضطربين، وتساهم في ملاحظتهم، ومن هذه الغرف: غرف الإرشاد والعزل، وغرف الملاحظة، وهناك ميل إلى أن يكون حجم الغرف في المدارس الخاصة بالمضطربين صغيرا.

2. توفير الكوادر المدربة، والمصادر والأدوات المناسبة للأطفال المضطربين، والذي يسهل عمل الفريق الذي يشرف على وضع البرنامج في المدرسة.

3. الاستمرارية في تقديم الخدمات، حيث توفر درجة كبيرة من الخدمات الشاملة والمستمرة للأطفال المضطربين.

4. توفير فريق العمل الدائم والمساند والمتفهم لحاجات الأطفال المضطربين، والذين يعملون على مساعدة الأطفال على التخلص من القلق والإحباط.

فوائد المدارس الخاصة بالمضطربين:

1 . يكون المعلمون أكثر فهما للمشكلات المختلفة الخاصة بالطلبة المضطربين وحاجاتهم الأساسية، فيساعدونهم على التخلص من الشعور بالعزلة، الذي يزيد الضغط النفسي لديهم.

2 . تكون المدرسة الخاصة المكان المناسب للتعامل مع بعض المشكلات المزمنة والمتكررة للأطفال المضطربين.

ويمكن أن تكون المدرسة الخاصة داخلية أو نهارية، وفي الحالتين يقضي الأطفال في المدرسة جزءا من وقتهم مع تلقي الخدمات التربوية مع المعلمين والمختصين عن طريق عمل مجموعات علاجية صغيرة، بواسطة مرشد نفسي مدرب، يساعد في ذلك فريق مدرب يدعى فريق الإشراف المنزلي أو المدرسي. وتوضع خطة شاملة للعلاج لكل طفل في المدرسة بواسطة فريق العمل المدرب للقيام بهذه المهمة، ويمثل التربويين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين.

ومن الأمثلة على الدراسة الخاصة مدرسة مارك توين (Mark Tawain School)، وهي مدرسة خاصة غير إيوائية، حيث إن الأطفال يأتون للمدرسة لساعات محددة لتلقي بعض البرامج الأكاديمية والتدريب المهني. حيث توضع الأهداف الأكاديمية والاجتماعية في الخطة التربوية الفردية التي يشارك فيها فريق مختص. (Paul & Epanchin, 1992)

ثانيا: الخدمات النفسية وخدمات الطب النفسي

هناك عدد من البرامج والخدمات النفسية المفيدة في إعادة تأهيل الأطفال المضطربين الذين يظهرون السلوك الفوضوي، ومن هذه الخدمات:

أ. المقابلات النفسية.

ب . استخدام برامج تعديل السلوك.

ج . لعب الدور.

د. السايكودراما (الدراما النفسية).

هـ. الموسيقى.

و. الكتابة الإبداعية.

ز. الفنون.

ويمكن تطبيق كل واحدة من هذه الطرق والأساليب من قبل معلم التربية الخاصة المدرب، كما أن هناك بعض الأساليب التي يطبقها الأطباء والأخصائيون النفسيون منها:

العلاج النفسي:

ويتم العلاج النفسي عن طريق الوسائل النفسية من خلال الاتصال المباشر بين المعالج والمريض، وهدفه تحسين التكيف عند الطفل المضطرب بواسطة تخفيض الأعراض المزعجة، ومساعدة الطفل على التخلص من الصراعات والمشكلات الداخلية. وقد تمّ استخدام العلاج النفسي بشكل ناجح مع الأطفال المضطربين، وقد كان الأطفال الذين يتمتعون بقدرات عقلية أفضل ولديهم الرغبة في المشاركة في البرنامج العلاجي أكثر استجابة للعلاج.

ويتحدد نوع وحدة الاتصال العلاجي وقوته بين المعالج والمريض والوالدين بعوامل كثيرة أهمها: عمر الطفل، فالأطفال الأصغر عمرا يكونون ميالين لتقليل فترة الاتصال المباشر مع المعالج لصالح زيادة الاتصال مع الوالدين، أما الأطفال الأكبر عمرا وبخاصة المراهقون، فإن العكس هو الصحيح. وعلى الرغم من أن معظم العلاج النفسي يتضمن الاتصال اللغوي والشفوي بين المريض والمعالج، إلا أن هناك عددا من الأساليب الخاصة المستخدمة مع الأطفال والمراهقين، وهي: العلاج باستخدام اللعب والقصص الإبداعية، والعلاج الفني الذي يشمل العلاج بالتصوير وعمل النماذج الطبية والموسيقى والرقص. (Shea, 1978).

علاج الوالدين:

يجد الطبيب نفسه أحيانا غير قادر على مساعدة الطفل المضطرب لسلبية الوالدين، وعدم مساعدتهم له، وعدم تشجعيهم له. وقد يكون ذلك ناجما عن وجود مشكلات نفسية لدى الوالدين تمنعهم من المشاركة في البرامج العلاجية لابنهم.

وفي هذه الحالة لا بد من إدخال الوالدين في برنامج علاجي فردي أو جماعي لأنه من المهم جدا أن يتجاوز الوالدان مشكلاتهما الخاصة قبل التعامل مع مشكلات أبنائهم.

العلاج النفسي الجماعي:

يوجد أساليب وطرق عديدة للعلاج النفسي الجماعي، وهي:

1. الحوار والنقاش الجماعي للمشكلات الشخصية والانفعالية والسلوكية.

2. مجموعات لعب وتبادل الأدوار.

ويعتمد نوع العلاج الجماعي على خبرة المعالج وتدريبه وحاجاته، ومميزات أعضاء المجموعة المشاركة في البرنامج وأعمارها. ويفضل أن يكون هناك تشابه في العمر ونوع المشكلة والخلفية الثقافية والاجتماعية في المجموعة العلاجية الواحدة. (Shea, 1978)

العلاج العائلي:

يتم التعامل مع العائلة كمجموعة واحدة، ويشجع كل عضو على التعبير عن مشاعره وآرائه حول المشكلة المطروحة للبحث، ويكشف هذا العلاج عن العلاقات الأسرية المتوترة التي تسبب المشكلات السلوكية و الانفعالية لدى الأطفال، لأن المشكلات العائلية تسبب سوء التكيف والعلاقات المتوترة داخل الأسرة مما ينعكس سلبا على الأطفال.

العلاج المهني:

ويتم هذا النمط من العلاج عن طريق المشاركة الجماعية أو الفردية في النشاطات والمهمات اليدوية، أو من خلال التدريب المهني للحالة العاطفية للمريض وعمره، وحالته الجسدية، واهتماماته. وهنا يستفيد الفرد علاجيا عن طريق القيام بالنشاط، ولكونه تلقى ردود فعل إيجابية نتيجة لمشاركته مع الآخرين.

ومن الخدمات النفسية الأخرى المستخدمة مع الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا:

1. الخدمات النفسية الطارئة.

2. خدمات الصحة النفسية والعقلية في المدارس.

3. خدمات المستشار النفسي الاجتماعي في المدارس. (Shea, 1978)

ثالثا: الخدمات الطبية:

وتتضمن هذه الخدمات العناية بالأم الحامل قبل عملية الولادة وأثناءها وبعدها، وإجراء الفحوصات الجسدية، والعقلية العامة، والمتخصصة، والتحليل الطبي، وإعطاء العلاجات المناسبة تحت الإشراف الطبي، بالإضافة للعناية والوقاية للبصر والسمع، ويجب توفير هذه الخدمات بشكل أساسي في الحالات الطارئة.

رابعا: الخدمات الاجتماعية:

يوجد عدد من الخدمات الاجتماعية التي يجب توفيرها للأطفال المضطربين وعائلاتهم، ومن هذه الخدمات تسهيلات السكن، والخدمات العائلية، والخدمات العامة، وخدمات إعادة التأهيل المهني، والخدمات المجتمعية الأخرى.

تسهيلات السكن:

وتشمل هذه الخدمات المصحات العقلية العامة والخاصة، والمراكز النفسية المتخصصة. وتختلف هذه المراكز من حيث حجمها، فمن مراكز صغيرة تخدم أعدادا قليلة إلى مراكز أكبر تخدم أعدادا تزيد على 1000 شخص أو أكثر أحيانا، حيث يقدم بعضها خدمات بسيطة، والبعض الآخر يقدم خدمات أوسع تشمل توفير البيئة الصحية المناسبة والنظيفة.

وتركز المعالجة السكنية على مفهوم البيئة العلاجية، وهي كل شيء يتم عمله مع أو بواسطة الطفل في المكان الذي يجد فيه نفسه، فالمدرسة العامة هي بيئة الطفل من عمر الثالثة أو الرابعة إلى السابعة عشرة. ويشتمل العلاج على العلاج الفردي والمدرسي، ومجموعات العمل ونشاطات المجموعة العلاجية، وخدمات الطعام والنوم والمشي، والخدمات اليومية المختلفة.

وتتكون هيئة التدريس في المراكز السكنية من مهنيين متخصصين، وأطباء نفسيين، وأخصائيين نفسيين واجتماعيين، ومعلمي تربية خاصة، وأخصائي لغة، وموظف إشراف على الخدمات المقدمة للأطفال. وقد يمتد العلاج عدة أسابيع أو أشهر وأحيانا سنوات. ولقد تحسنت في السنوات القليلة الماضية مراكز السكن المجتمعية، وأصبح هناك اتفاق وتعاون بين هذه المراكز ومراكز الصحة العقلية والخدمة الاجتماعية، وذلك لتسهيل تحويل الطفل من المراكز إلى الحياة المجتمعية العادية.

برنامج أو مشروع إعادة التأهيل

يعتبر هذا المشروع من أهم المشاريع التي تم استخدامها في أمريكا للأطفال المضطربين، والهدف من هذا المشروع هو تطوير وتقييم أداء فاعلية المراكز الداخلية التي كانت تدار من قبل معلمين مختارين بعناية، يدعمهم مستشارون من مراكز الصحة العقلية. وتتراوح مدة البرنامج من شهرين إلى سنتين. والهدف من إعادة التأهيل هو مساعدة الطفل والعائلة والمجتمع لإنجاز وضع يضمن الراحة والسلامة للأطراف كافة، ويتم التركيز على هذه الأهداف بالوسائل التالية:

1. إعادة ثقة الطفل بمجتمع الكبار وتلبية حاجاته الأساسية المتعلقة بالعائلة والمدرسة والأصدقاء.
2. مساعدة الطفل على النمو العادي والسليم والمتناسب مع قدراته العقلية.
3. توفير المصادر والوسائل المختلفة لمساعدة الطفل لتحقيق حاجاته.
4. مساعدة مجتمع المعلمين على فهم مشكلات الأطفال وإجراءات التعديلات المناسبة لهم.
5. مساعدة الطفل على تحديد أهدافه ليحصل على تحكم معرفي بسلوكه.
6. مساعدة الطفل على التخلص من بعض العادات التي تساهم في رفضه من قبل المدرسة والعائلة والمجتمع.
7. مساعدة الطفل على تكوين شعور بالانتماء لمجتمعه الذي يعيش فيه.

ومن الخدمات الأخرى للمضطربين، الخدمات القانونية التي توفر الأمن والحماية للأطفال المضطربين، بحيث يتجاوب القانون مع حاجاتهم الفردية وحاجتهم لتفهم القوانين الرسمية وغير الرسمية التي تحكم مجتمعاتهم.

وأخيرا، يجب التأكيد على أن المشكلات التي تواجه المضطربين هي مسؤولية مجتمعية وليست مسؤولية مؤسسة واحدة بعينها، وتحتاج هذه المسؤولية إلى جهد جماعي متكامل لإعادة هذه الفئة إلى مجتمعها للمساهمة في دعم مسيرته.

نماذج للخدمات المقدمة للمضطربين سلوكيا وانفعاليا

يعتبر نظام الخدمات الشاملة والمتكاملة للمضطربين سلوكيا وانفعاليا نظاما جديدا بالنسبة لهم، وقد أخذ يحل محل الأنظمة التقليدية السابقة التي كانت تسمح بالازدواجية في تقديم الخدمات، وتتطلب الكثير من الوقت والمال والجهد، وتؤدي إلى عدد من المشكلات في عملية التمويل وإدارة البرامج. ويوجد عدد من نماذج الخدمات الشاملة والمتكاملة للمضطربين سلوكيا وانفعاليا والتي سيتم عرض بعض منها كما يلي:

أولا: نموذج (Cogen & Ohrtmant's)

يقوم هذا النموذج على ضرورة تقديم الخدمات الشاملة للفرد المضطرب سلوكيا وانفعاليا منذ الولادة وحتى الموت، ومن إجراءاته: جمع المعلومات الشاملة عن هؤلاء الأطفال، والقيام بالتشخيص المبكر، وتوفير برامج العناية والتدريب والتعليم والإعداد المهني المناسبة لهم.

ويتضمن هذا النموذج عشرة مستويات هي:

1. المستوى الأول: يتضمن الإرشاد الجيني للوالدين.
2. المستوى الثاني: يتضمن العناية بالأم قبل الولادة.
3. المستوى الثالث: يتضمن التدخل المبكر.

4. المستوى الرابع: يتضمن إجراءات التشخيص التكاملي الذي يشمل التقييم الطبي والاجتماعي والنفسي والتربوي، وتطوير برامج خاصة بالتقييم.

5. المستوى الخامس: يتضمن هذا المستوى العناية في مرحلة الحضانة، ويشمل هذا البرنامج مجموعة الخدمات والنشاطات المقدمة في المستشفى والعيادات الطبية ومراكز العناية النهارية، وفي المراكز الداخلية والخارجية، مع تقديم خدمات الإرشاد الأسري لأهالي هؤلاء الأطفال.

6. المستوى السادس: يتضمن الخدمات في مرحلة ما قبل الدراسة جميع الخدمات النفسية والاجتماعية لهؤلاء الأطفال، بما فيها الخدمات الأولية المقدمة من المدارس العامة والخاصة بالأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا.

7و8. المستويان السابع والثامن: الأساسي والمتوسط، ويشملان الخدمات الأولية المقدمة من المدارس العامة والخاصة.

9. المستوى التاسع: يشمل الخدمات الأكاديمية والمهنية، والقيام بتجارب ونشاطات متعددة لمساعدة هؤلاء الشباب على الاندماج في مجتمعاتهم.

10. المستوى العاشر: المجتمع. يتضمن هذا المستوى دمج الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا في المجتمع وتقييمهم بشكل مستمر، وفي هذا المستوى يتم جمع المعلومات الكاملة عن الفرد المضطرب سلوكيا وانفعاليا لتقييم الخدمات المقدمة، والتخطيط لخدمات وبرامج مستقبلية جديدة، والتعرف على الحاجات المختلفة للمضطربين. (Shea, 1978)

ثانيا: نموذج (Shea, 1978)

تقدم هنا (Shea, 1978) نموذجا آخر من نماذج الخدمات المتكاملة والشاملة، ويتضمن المستويات الخمسة التالية:

1. المستوى الأول: التشخيص والتقييم. ويشتمل هذا المستوى على الكشف

والتشخيص والإحالة والتخطيط، ويتم تقديم هذه الخدمات بواسطة فريق مدرب على تحديد الحاجات الأساسية للطلبة.

2. المستوى الثاني: يتضمن نموذج العلاج. ويتضمن العلاج عددا من الإجراءات الطبية، والعلاج السلوكي، والخدمات الاجتماعية والنفسية التي يحتاجها الأفراد المضطربون سلوكيا وانفعاليا وأهاليهم.

3. المستوى الثالث: يتضمن هذا المستوى العناية اليومية الكاملة مدة 24 ساعة، وذلك يتم ضمن مدارس إيوائية أو مخيمات خاصة بهم.

4. المستوى الرابع: التربية. يتضمن مستوى التربية جميع الخدمات التعليمية للأفراد المضطربين سلوكيا وانفعاليا وذويهم من قبل المهنيين والأخصائيين المسؤولين عن تقديم الخدمات. وتتضمن الخدمات التربوية الإحالة إلى الصفوف العادية، والتدريس من قبل الزملاء، وخدمات المعلم المساعد، وخدمات اليوم الدراسي الكامل.

5. المستوى الخامس: يتضمن هذا المستوى البحث والتقييم، ويتعلق بالدراسات والأبحاث القابلة للتطبيق وتقييم فعالية البرامج المختلفة.

ثالثا: نموذج دينو (Deno, 1970)

يشتمل هذا النموذج على سبعة مستويات من الخدمات هي:

1. المستوى الأول: يتضمن هذا المستوى الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا القادرين على الاستمرار في الصف العادي مع تقديم الخدمات المساندة.

2. المستوى الثاني: يشتمل على برامج الصفوف العادية، بالإضافة للخدمات النفسية والاجتماعية والعلاجية المساندة.

3. المستوى الثالث: يتضمن هذا المستوى الصفوف الخاصة باستخدام الدوام الجزئي.

4. المستوى الرابع : يتضمن هذا المستوى الصفوف ذات الدوام الكلي .

5. المستوى الخامس : المراكز النهارية الخاصة بالأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا .

6. المستوى السادس : يتضمن هذا المستوى البرامج والخدمات المنزلية بوجود معلم متخصص للتدريس في المنزل .

7. المستوى السابع : يشتمل هذا المستوى على خدمات الوكالات الصحية ويتضمن مستويين هما :

أ . التدريس في المستشفى .

ب . الخدمات العلاجية غير التربوية .

رابعا: نموذج (Bruinink & Runders, 1971)

ويتضمن هذا النموذج أحد عشر مستوى، وهي :

1. المستوى الأول : المدرسة المفتوحة ، ويتضمن التعليم الذاتي المباشر دون صفوف .

2. المستوى الثاني : برامج الصف العادي المنتظم ، الذي يتضمن خدمات التربية الخاصة من قبل معلم الصف العادي .

3. المستوى الثالث : الصف العادي بوجود معلم تربية خاصة مساعد لمعلم الصف العادي .

4. المستوى الرابع : الصف العادي مع وجود مجموعة من المعلمين المتخصصين .

5. المستوى الخامس : الصف الخاص ، حيث يتم تقديم برامج التعليم الأكاديمي وغير الأكاديمي .

6. المستوى السادس : الصف الخاص ، مع تقديم برامج الخدمات غير الأكاديمية التي تشمل مهارات التواصل الاجتماعي .

7. المستوى السابع : الصف الخاص ، الذي يقدم نوعا من التواصل مع الأطفال العاديين .

8. المستوى الثامن: المدرسة الخاصة النهارية، التي تقدم بعض برامجها بحيث تتضمن الاتصال مع الأطفال العاديين.

9. المستوى التاسع: برامج التعليم المنزلي.

10. المستوى العاشر: المدارس الخاصة الإيوائية، التي تقدم نوعا من الاتصال الاجتماعي مع البيئة المجاورة للمدرسة.

11. المستوى الحادي عشر: المدارس الخاصة الإيوائية مع اتصال بسيط مع المجتمع المحلي المجاور للمدرسة. (Shea, 1978)

وبدراسة دقيقة للنماذج السابقة نلاحظ أنها تركز على ما يلي:

أ. خدمات الإرشاد الأسري.

ب. الإرشاد النفسي للأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا.

ج. برامج تعديل السلوك.

د. العلاج الطبي بالتنسيق مع الأطباء المختصين.

هـ. برامج التدريس العلاجية.

و. العلاج باستخدام العقاقير.

كذلك، فإن الخدمات يجب أن تكون متكاملة، وتتضمن الأبعاد التالية:

1. تقديم التسهيلات والخدمات الشاملة لجميع المضطربين سلوكيا وانفعاليا.

2. وجود تدقيق متكامل للتشخيص، يغطّي المناطق الجغرافية المختلفة، ويقدم الخدمات النفسية والتربوية والاجتماعية والطبية.

3. تعاون المجتمع في تقديم الخدمات مثل الكشف، وبرامج التأهيل للمضطربين سلوكيا وانفعاليا.

4. تقديم الحجم الكافي من خدمات الاتصال مع الآخرين بوجود خدمات الإحالة والتشخيص والتقييم المستمر لعملية الاتصال.

5. تقديم الحجم الكامل من خدمات الدعم النفسي، والاجتماعي، التي تشمل خدمات الإرشاد النفسي والأسري.

6. تقديم الحجم الكافي من الخدمات النفسية والاجتماعية للوالدين مثل تشكيل المجموعات الإرشادية، والمؤتمرات الخاصة لتبادل الخبرات.

7. تقديم الحجم الكافي من حرية التنقل بين المستويات المختلفة للبرامج للأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا.

كما و يوجد عدد من المنظمات التي تقدم الخدمات للمضطربين سلوكيا وانفعاليا، وتتنوع كما يلي:

1. المنظمات ومديريات التربية.

2. أقسام الصحة العقلية والعيادات الطبية.

3. الخدمات الاجتماعية ووكالات الحماية.

4. الجمعيات والوكالات القانونية.

5. الخدمات المجتمعية والجماعات الدينية (Shea, 1978).

الفصل الخامس

ضبط سلوك المضطربين سلوكيا وانفعاليا وبخاصة في المجال الصفي

ضبط سلوك المضطربين سلوكيا
وانفعاليا وخاصة في المجال الصفي

مقدمة

يختلف السلوك الإنساني السوي عن غير السوي في الدرجة وليس في النوع، وتتراوح سلوكات المضطربين سلوكيا وانفعاليا بين السلوك القريب من الطبيعي والسلوك شديد الانحراف حسب شدة الاضطراب ودرجته، وقد تكون هذه السلوكات المضطربة موجهة نحو الداخل (انعزال وانسحاب وخجل وإيذاء الذات) أو الخارج (عدوان ونشاط زائد). وفي كلتا الحالتين فإنها تؤثر في المضطرب، والمحيط الذي يعيش فيه، وهي تحتاج إلى طريقة ضبط للتعامل معها، ومحاولة التقليل من السلوك المشكل قدر الإمكان، أو تعديله، أو تغييره والوصول بالفرد إلى أعلى درجة من التكيف يستطيع الوصول إليها من خلال استغلال قدراته. وهناك عدد من الأساليب والطرق التي نستطيع خلالها ضبط سلوك المضطربين، ويتبع كل منها نظرية معينة، وتستخدم تكنيكات خاصة بها، مثل العلاج بالعقاقير أو العلاج بتغيير نمط التغذية ونوعها أو العلاج السلوكي. وإن كلمة ضبط هي كلمة سلوكية تعني التحكم بالظروف البيئية المحيطة التي تؤثر في السلوك، ومحاولة تغييرها باستخدام أساليب معينة مناسبة لنوع السلوك المطلوب تعديله أو تغييره بما يتفق مع الأهداف الموضوعة.

كثيرا ما يواجه المعلم في التربية الخاصة بعض المشاكل السلوكية داخل الصف، وقد يجد صعوبة في مواجهة هذه المشاكل وإيجاد الحلول المناسبة لها، فقد يؤدي إلى تجاهل السلوك لعدم قدرته على مواجهته، لا سيما إذا كان هذا السلوك بحد ذاته لا يؤثر على مجرى النشاط في الصف كالانعزالية وعدم المشاركة، وفي حين أن الانعزالية هي إحدى المشاكل السلوكية، وهكذا قد يلجأ المعلم إلى طرق تعديل السلوك المختلفة لتعديل السلوك غير المرغوب فيه وتحويله إلى شكل من أشكال السلوك المرغوب فيه. ولكي يقوم بأحد أساليب تعديل السلوك عليه الإلمام بما يلي:

- طرق تعديل السلوك المختلفة وطريقة تطبيقها ومنها: التعزيز الايجابي والسلبي، والعقاب، والإطفاء، والنمذجة، والتعاقد السلوكي.
- المقدرة على تحديد السلوك المرغوب فيه بطريقة إجرائية، بحيث يكون هذا السلوك قابلا للقياس والملاحظة، لكي يمكن تحديده وإجراء تعديل له.

ولا بد من الإشارة إلى أن الاضطراب الانفعالي له أسباب متعددة، فقد يكون مرتبطا بعوامل وراثية ، أو نتيجة نمط التعامل السائد في الأسرة، أو أسلوب الإدارة المدرسية أو الصفية، فالمعلم الذي يقوم بعملية تعديل السلوك وضبطه، قد يكون أحد أسباب الاضطراب إذا لم يكن مؤهلا لذلك. وإن من أهم الأسس لبناء علاقات مجتمعية سليمة في المدرسة، هو وجود برنامج تعليمي فعال، ونشاط مدرسي شيق وهادف، وعلاقات، وحسن إدارة وتوجيه وإشراف، وتهيئة الفرص للخبرات المفضلة في حياتهم التي تشبع حاجاتهم، وتحقق أهدافهم وذواتهم من العوامل الهامة التي تساعد على سيادة جو من التفاهم والأمن والنظام في المدرسة عامة، والصف خاصة، ومع ذلك فقد تنشأ بعض المشكلات السلوكية لدى الطلبة، ويكون ظهورها بفعل عوامل قد ترتبط بالمعلم وإدارته الصفية، أو قد ترتبط بالأنشطة التعليمية الصفية، وقد تنجم عن تركيب الجماعة الصفية.

وحتى تتم عملية ضبط السلوك الصفي للمضطربين لا بد من التعرف على: المدرسة، والصف، والنظام الصفي، ونوع القيادة، والمعلم.

الإدارة الصفية والنظام الصفي:

تشير الإدارة الصفية إلى مجموعة النشاطات التي يسعى المعلم من خلالها إلى توفير جو صفي تسوده العلاقات الاجتماعية الإيجابية بين المعلم وطلابه، وبين الطلاب أنفسهم داخل غرفة الصف. ومن هنا، فهي عملية تهدف إلى توفير تنظيم فعال من خلال توفير جميع الشروط والظروف اللازمة لحدوث التعلم لدى الطلاب بشكل فعال .

ويتضح من هذا أن مفهوم إدارة الصف يشمل حفظ النظام، وتوفير المناخ العاطفي والاجتماعي الذي يشجع على التعلم، وتنظيم البيئة الفيزيقية، وتوفير الخبرات التعليمية

وتنظيمها وتوجيهها، وملاحظة التلاميذ ومتابعة تقدمهم وتقويمهم، وتقديم تقارير عن سير العمل وحفظ السجلات والملفات. (جرادات وآخرون، 1983)

والجدير بالذكر أن ضبط الطلاب في الصف أو خارجه يعتمد على الطلاب أنفسهم في الدرجة الأولى، وعلى شخصية المدرس بالدرجة الثانية، وعلى نظام المدرسة والوضع العام فيها، كتعاون المدرسين مع بعضهم البعض من جهة، ومع الإدارة من جهة أخرى، وتواجد التجهيزات التي يجب أن تتوافر في المدرسة من البيئة ، وملاعب ومختبرات وغيرها. وقد وجد أن المناخ الاجتماعي للصف يختلف باختلاف أسلوب المعلم وشخصيته ونوع القيادة التي يمارسها، فإذا كان المعلم تسلطيا فإنه سيقوم بتربية أطفال من نوع معين: سلوكهم سلبي فيه إحجام، وانتباههم مشتت. ويعتمد الطفل هنا كليا على القائد في اتخاذ القرارات، والمبادرة، وتمثيل مجموعة الطلبة لسلطة المدرس مما يضعف روح الإبداع والمبادرة، كما أن القائد هنا هو مركز السلطة والضبط، ويعتمد القوة الخارجية في تغيير السلوك، وبالتالي يعتقد الطالب أن نظرته للعالم سليمة، وأن السلطة ظالمة وعدوة له، ويصرّ على سلوكه الدفاعي، ويزداد جمودا.

تسود الجو الصفي في حالة المعلم الديمقراطي العلاقات الديمقراطية، يهدف إلى تعليم قيمة الإنجاز، وتحترم فيه شخصية المعلم، و تسوده ممارسات التعزيز الإيجابي، والتفاعل اللفظي التعددي، وتهدف فيه النشاطات إلى تحقيق النمو المتكامل، وتقل فيه الممارسات الآلية، وتزيد فيه الخبرات والممارسات الإنسانية، ويزداد فيه نشاط المتعلم المهني والمنظم، وتقدم فيه التغذية الراجعة، ويشير فيه المتعلم إلى سرعته الخاصة، والتركيز فيه على المتعلم ونموه وتقدمه، ويشارك فيه الطلاب في إدارة الصف، فيتحرك الطلبة بحرية، ويتفاعل أولياء الأمور مع المعلمين ويشاركون في التخطيط للأنشطة، وتقدم فيه الخبرات لحل المشكلات، وتقل فيه العقوبات، وتتطور فيه تراكيب معرفية مثل الصدق، والاحترام، والمصلحة المشتركة، وتسوده مهارات التفكير العلمي والبحث والتطوير. (قطامي، 1989).

ومن هنا يتبين أن عملية حفظ النظام والضبط الصفي هي عملية تعاونية، ويجب أن يكون هناك اتفاق على سياسة الضبط ووسائله، وأن تكون النتيجة في النهاية الوصول إلى الضبط الذاتي للسلوك.

وهناك مجموعة ممارسات يمكن أن تؤدي إلى تشجيع حفظ النظام وصيانته وبالتالي زيادة أساليب الضبط الذاتي لدى الطلاب منها :

1. تشجيعهم على المشاركة في المواقف التعليمية .
2. تعزيز السلوك الإيجابي لديهم .
3. وقايتهم من العوامل المؤدية لظهور مشكلات سلوكية .
4. اعتماد أساليب العمل الديمقراطي .
5. تشجيعهم على تحمل المسؤولية في إدارة الصف .
6. الإعداد المعبر للتدريس وتنويع الأنشطة التعليمية .
7. التعرف على مشكلاتهم وحلها، وتشجيعهم على المشاركة في اتخاذ القرارات .
8. تقبل مشاعرهم وآرائهم وأفكارهم في توضيح أهداف المواقف التعليمية، وتنظيم العلاقات الاجتماعية وتنميتها، واستخدام استراتيجيات تعليمية متنوعة، واستخدام أساليب تفاعل صفية قائمة على المشاركة والاتصال والتفاعل، ومعالجة حالات الفوضى بسرعة وحزم مع الاتزان الانفعالي، وتوضيح القواعد الأخلاقية ومعايير السلوك المرغوب فيه ومواصفاته، وتقديم مهمات سهلة وممتعة، وتحديد أنواع العقوبات والمكافآت .

بالإضافة إلى تطوير أنظمة غرفة الصف وإجراءاتها بحيث تيسر التعلم، وتنظيم البيئة المادية للموقف التعليمي، وتوفير أجواء صفية تشجع المبادأة والتساؤل وتقبل المشاعر واحترام فردية كل طالب، ومساعدة ذوي الحاجات .

المشكلات السلوكية لدى الطلاب

يمكن تعريف المشكلات السلوكية بأنها عبارة عن شكل من أشكال السلوك غير السوي الذي يصدر عن الفرد نتيجة وجود خلل في عملية التعلم، وغالبا ما يكون ذلك على شكل تعزيز السلوك غير التكيفي، وعدم تعزيز السلوك التكيفي .

أما السلوك السوي فيعني ذلك السلوك المعبر عن تكيف مناسب يكون فيه التعامل بين الفرد ومحيطه وبينه وبين نفسه تفاعلا مستمرا.

إن الفرق بين السلوك السوي وغير السوي هو فرق في مدى تكرار السلوك ومدة حدوثه، طبوغرافيته، وشدته.

المظاهر الشائعة للمشكلات السلوكية لدى الطلاب:

تظهر المشكلات السلوكية والسلوكات غير السوية لدى الطلاب على أشكال متعددة، منها:

أ. اضطرابات غرفة الصف، وتتمثل في: السلوك الوقح، وعدم الطاعة، والتهريج في الصف، ونوبات الغضب المؤقتة، وإزعاج الآخرين، والخروج من المقعد.

ب. السلوكات غير الناضجة، وتتمثل في: النشاط الزائد، وتشتت الانتباه، والاندفاع والتهور، والاستهتار، وأحلام اليقظة، والصراخ.

ج. السلوكات الخطرة، وتتمثل في: القلق، والتوتر والمخاوف المرضية، وضعف تقدير الذات، والاكتئاب، والصمت الاختياري.

د. العادات المضطربة، وتتمثل في: ضعف الأداء الأكاديمي، والتبول اللاإرادي، ومص الأصبع، وقضم الأظافر، واضطرابات النطق.

هـ. الاضطرابات في العلاقات مع الزملاء، وتتمثل في: العدوان، وإصدار الأحكام العشوائية على الأشخاص، والانسحاب والخجل، والعزلة الاجتماعية.

و. الاضطرابات في العلاقات مع المعلمين، وتتمثل في: عدم القيام بالنشاط عندما يطلبه المعلم، والكبت والاعتمادية. (Millman, Howard, 1981)

مصادر المشكلات الصفية:

- مشكلات تنجم عن سلوكات المعلم، وهي: القيادة التسلطية، والقيادة غير الحكيمة، وتقلب قيادة المعلم، وانعدام التخطيط، وحساسية المعلم الفردية

والشخصية، وردود فعل المعلم الزائدة للمحافظة على كرامته، وعدم الثبات في الاستجابات، والاضطرابات، وإعطاء الوعود والتهديدات، واستعمال العقاب بشكل خاطئ.

- مشكلات تنجم عن النشاطات التعليمية الصفية، وهي: اضطراب التوقعات في كونها عالية أو منخفضة لدى الطلاب، وصعوبة لغة المعلم المستخدمة، وكثرة الوظائف التعليمية أو قلتها، وقلة الإثارة في الوظائف التي يحددها المعلم لطلابه، واقتصار النشاطات الصفية على الجوانب اللفظية، وتكرار النشاطات التعليمية ورتابتها، وعدم ملاءمة النشاطات لمستوى الطلاب.
- مشكلات تنجم عن تركيب الجماعة الصفية، وهي: العدوى السلوكية وتقليد الطلاب لزملائهم، والجو العقابي الذي يسود الصف، والجو التنافسي العدواني، والإحباطات الدائمة المستمرة، وغياب الاستعدادات للأنشطة والممارسات الديمقراطية، وغياب الطمأنينة والأمن. (قطامي، 1989).

هذا بالإضافة إلى المشكلات الناجمة عن الطفل المضطرب نفسه التي ترجع إلى انخفاض مستوى الذكاء، أو تأثير الأسرة والبيئة عليه كقلة الخبرات أو الحرمان.

اساليب معالجة المشكلات الصفية:

من أفضل الأساليب في معالجة المشكلات الصفية، استخدام أساليب الوقاية أساسا لمنع حدوثها، وتكون أساليب الوقاية بوضع قواعد للنظام الصفي، وصياغة تعليمات صفية يشارك الطلاب أنفسهم في وضعها، واستخدام تقنيات مختلفة، وإعطاء مهمات مناسبة، وتحديد الأوقات المناسبة للمهمات، واستخدام التعليمات غير اللفظية، وتعزيز السلوكات المرغوبة، وتطبيق النتائج، واستخدام أسلوب الدراسة الذاتية، والاهتمام بالتدريب الموزع.

استراتيجية تعديل السلوك لمعالجة المشكلات الصفية:

يشير مفهوم تعديل السلوك إلى شكل من أشكال العلاج النفسي، يهدف إلى تحويل السلوك غير المرغوب فيه إلى سلوك مرغوب فيه وفق قواعد معينة. ويكون موضوع

الاهتـمـام الرئيـسي في تعـديل السلوك هو السلوك الظاهر الملاحـظ. (Oleary & et all, 1977)

كما يشير المفهوم أيضا إلى الطريقة في اختيار السلوك المرغوب فيه وتطوير خطة تعزيز هذا السلوك وتدعيمه. (Ehlers & et all, 1973)

وتعديل السلوك يستخدم في مجالات مختلفة: في المجال التربوي، وفي البيت، وفي المجال الإكلينيكي. وهو أدا قيمة للمعلم موافقة وملائمة للأهداف الأساسية للتربية في تطوير مهارات جديدة، وفي تعديل مهارات موجودة. (Hallahan & Kauffman, 1991)

ويستعمل تعديل السلوك في المدارس مع العاديين وغير العاديين من أجل تطوير مهاراتهم الذاتية، والاجتماعية، واكتساب سلوكات أكثر ملاءمة.

الخطوات التنفيذية العامة لتعديل السلوك الصفي:

التعرف على المشكلة السلوكية وتحديدها، والاتفاق مع أولي الأمر على حل المشكلة السلوكية، وتحديد السلوك المكتسب بعد التعديل، وتحديد معايير تنفيذ السلوك الجديد وشروطه، وتحديد نوع التعديل وتصميمه الإحصائي، وتحديد المعززات المشروطة لتنفيذ التعديل، وتوفير البيئة المناسبة للتعديل، وتنفيذ خطة التعديل، وتقييم اكتساب الطالب للسلوك الجديد، وتدوين النتائج والملاحظات المرحلية لعملية التعديل. (حمدان، 1981)

إجراءات تعديل السلوك وأساليبه

أ. زيادة السلوكات المرغوب فيها، وتتضمن: التعزيز، ويتضمن: التعزيز الإيجابي، والسلبي، والمتواصل، والمتقطع، والمعززات الأولية، والثانوية، والطبيعية، والاصطناعية. وبالنسبة لأشكال المعززات، فيمكن أن تكون غذائية، ومادية، ورمزية، ونشاطية، واجتماعية.

ب. تعلم سلوكات جديدة، وتتضمن: الإجراءات التالية: التشكيل، والإخفاء، والتسلسل، والنمذجة.

ج . تقليل السلوكات غير المرغوب فيها، وتتضمن: العقاب، والإطفاء، وتكلفة الاستجابة، والعزل، والتصحيح الزائد، والإشباع، والممارسة السلبية، وتغيير المثير، والتوبيخ. (الخطيب، 1990).

استراتيجية تعديل السلوك Behavior Modification Strategy

تركز هذه الاستراتيجية على السلوك (المثير) والاستجابة، ويقول أصحاب هذه الاستراتيجية: بأن هناك تعلما خاطئا للسلوك الملاحظ، ويمكن تغيير السلوك الملاحظ وتعديله وذلك بالتحكم بالمثير، ويوصي السلوكيون بمقياس دقيق لملاحظة السلوك والحكم عليه. (Kauffman, 1978)

وبتحليل المهمات إلى أجزائها إذ يقوم المعلم بتعزيز كل جزء، إما تعزيزا إيجابيا أو سلبيا مما يؤدي إلى استمرارية الفرد في أدائه للمهمة، وبالتالي تعديل مظهر السلوك المضطرب أو تغييره، ويؤكد (Axline,1975) أن استخدام التعزيز الرمزي داخل غرفة الصف يؤدي إلى تعديله. (Kirk,1979)

ومن أساليب تعديل السلوك داخل غرفة الصف ما يلي:

أ. التعزيز الإيجابي Possitive Reinforcement

وهو إضافة أو ظهور مثير معين بعد السلوك مباشرة، مما يؤدي إلى زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك في المستقبل في المواقف المماثلة. (Kazdin, 1976)

ولزيادة فعالية المعززات الإيجابية في تعديل سلوك ما، يجب تقديمها مباشرة بعد حدوث هذا السلوك المرغوب فيه، وخاصة في بداية برنامج تعديل السلوك، لأن التأخير في تقديم هذه المعززات الإيجابية بعد حصول السلوك المرغوب فيه يقلل من أهميتها، وتأثيرها في ظهور سلوكات أخرى غير مرغوب فيها في تلك الفترة الزمنية الفاصلة بين حدوث الاستجابة وتقديم المعززات الإيجابية.

ومن أشكال المعززات الإيجابية: المعززات الغذائية، والمادية الرمزية، والنشاطية الاجتماعية.

ب. التعزيز السلبي Negative Reinforcement

يشير هذا المفهوم إلى وجود أحداث مؤلمة يمكن إزالتها أو التخلص منها بعد حدوث استجابات محددة من قبل الفرد. (Bergan, 1977)

ومن أشكال التعزيز السلبي: السلوك الهروبي، والسلوك التجنبي، والمثير المؤلم.

ج. العقاب: Punishment

هو الحادث أو المثير الذي يؤدي إلى أضعاف بعض الأنماط السلوكية أو كفها، وذلك إما بتطبيق مثيرات منفرة غير مرغوب فيها على هذه الأنماط، أو بحذف مثيرات مرغوب فيها (معززات إيجابية) من السياق السلوكي بحيث ينزع السلوك موضع الاهتمام إلى الزوال.

ومن أشكال العقاب: العبارات الكلامية، والصدمة الكهربائية، والعزل، وثمن الاستجابة، والتصحيح الزائد.

هـ. العزل Time - Out

وهو شكل من أشكال العقاب، وتزال فيه كافة المدعمات الإيجابية فترة من الوقت، ولا يكون لدى الطفل أية مدعمات مألوفة تكمن عنده خلال هذه الفترة، مثلا يعزل الطفل مدة ٥ دقائق بحيث لا يستطيع الاختلاط بغيره، وهناك طريقة أخرى بحيث لا يؤخذ الطفل من الموقف، بل يعزل جانبا ليراقب الأطفال الآخرين. واستخدمت هذه الطريقة للتخفيف من السلوك الفوضوي بين الأطفال من سن سنة إلى ثلاث سنوات، حيث ينقل الطفل الذي يصدر عنه مثل هذاالسلوك خارج محيط اللعب كي يراقب الأطفال الآخرين فترة زمنية أقل من دقيقة عادة .(Kazdin, 1976) غير أنه يجب الأخذ بعين الاعتبار أن أسلوب العزل غير فعال للأشخاص الانسحابيين بطبيعتهم، ومن المحتمل أن يزيد من انسحابهم.

و. ثمن الاستجابة Response Cost

يشير مصطلح ثمن الاستجابة إلى فقدان مدعم إيجابي أو إلى عقوبة تتضمن بعض العمل والجهد. ويتطلب ثمن الاستجابة دفع مثل الغرامات في حالة مخالفات السير،

فالعقاب هنا دفع ثمن للاستجابة غير المناسبة، وقد لاحظ الباحثون أن هذه الطريقة يستعملها الآباء مع أطفالهم عند الشراء، وقد أخبر الآباء أطفالهم أنهم سيعطون مبلغا من المال إذا التزموا الهدوء داخل المحل، ويخسرون مبلغا معينا من المال على كل سلوك فوضوي. وقد أظهرت النتائج أن دفع الغرامات قد قل، وأن السلوك غير الملائم داخل المحلات قد قل تدريجيا.

ز. التصحيح الزائد Over Correction

ويكون العقاب هنا لممارسة سلوك غير مرغوب فيه هو إظهار سلوك آخر في المواقف مثل كتابة الأغلاط الإملائية. وهناك نقطتان في التصحيح الزائد وهما: إصلاح البيئة، وإبراز السلوك الإيجابي.

لقد استخدم (Fox, Azreen, 1972) أسلوب التصحيح الزائد مع امرأة عمرها خمسون عاما وهي معاقة عقليا، كانت تنخرط في قلب الفراش يوميا وعدة مرات، ونفذ معها برنامج التصحيح الزائد، بحيث كان يطلب منها أن تصحح الفراش في كل مرة تظهر فيه السلوك الفوضوي، وبعد أحد عشر أسبوعا من التدريب توقفت عن رمي الأشياء وقلب الفراش. (Kazdin, 1976)

بعض الاعتبارات الأخلاقية في معالجة السلوك:

يجب أن توضع الإرشادات التالية بعين الاعتبار عند تطبيق أساليب العلاج السلوكي:

أولا: المعلم كنموذج وقائد: المعلم عنصر هام في مجال حياة الطفل، ولا بد أن يحتاج أي برنامج إلى معلمين قادرين على التصرف بإيجابية وفعالية مع الأطفال، ويجب أن يكون لديهم سمات شخصية مشتركة حتى يكونوا معلمين ناجحين، ومنها:

- الاستبصار الذاتي - التقبل الذاتي والثقة بالنفس والواقعية.
- حب سلوك الأطفال وقبوله.

- حب الاستطلاع والرغبة في التعلم - الصبر مع أنفسهم و على طلابهم.
- المرونة والدعابة.

ثانيا: التأهيل والوقت: بحيث يعبر المعلم عن التقدم البطيء الذي يحتاج إلى الوقت.

ثالثا: الضبط الذاتي: النتيجة المرغوبة لعلاج السلوك هي الوصول إلى الضبط الذاتي، ويجب أن يكون الضبط الذاتي تطوعيا كذلك البعد عن العقاب والانضباطية القاسية.

رابعا: الأغراض أو الأهداف: الاهتمام بالأغراض التي تمثل البيئة اليومية والأسبوعية والتي تشكل الهدف العام.

خامسا: التعاطف وليس العطف والشفقة: إن العطف يضع المعلم في موقف عاطفي يمنعه من التحليل الموضوعي لسلوك الطفل، ويجب تجنب العلاقات المبنية على العطف والاتجاه إلى التعاطف.

سادسا: الحرية والاستقلال في التصرف: تشجيع الأطفال على النمو والتعلم دون مساعدة المعلم ضمن الحدود المعقولة.

سابعا: التوقعات.

الحدود المعقولة.

بعض المبادئ المتعلقة بالحقوق الفردية:

هناك ثلاثة مبادئ يجب اتباعها من قبل الأشخاص في المهن المساعدة، وهي تخدم كل قرارات العلاج السلوكي التي يعرفها المعلمون في صفوف التعليم العادي والخاص:

- مبدأ التطبيع: إعطاء المضطرب الفرصة لتحقيق ذاته قدر الإمكان الذي نعطيه للإنسان الطبيعي.

● العدالة : حق وجود جلسة عادلة لتقديم دليل، واستئناف قرار معاكس .

وكثيرا ما يتم تطبيق التدخل العلاجي بشكل استبدادي واعتباطي دون دليل قوي على أن الطفل يظهر السلوك المطلوب، والاستمرار في تطبيق التداخلات التي تؤدي إلى حرمان الطفل من الحصول على النجاح في المدرسة فقط .

وإذا كان علينا أن نطبق مبدأ العدالة فإنه يتوجب علينا أن نتبنى جميع القرارات من وجهة نظر الطفل (ماذا يحتاج هذا الطفل؟) .

● مبدأ احترام كرامة الفرد وقيمته . (Walker & Shea, 1980)

ـ لا بد لمعلم التربية الخاصة أو معلم المضطربين سلوكيا وانفعاليا مراعاة الاستراتيجيات التالية لضبط السلوك الصفي :

1. **الاستراتيجية التطورية** Developmental Strategy

يعتبر (Hewett, 1968) المنظم لهذه الاستراتيجية وذلك لتعليم الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وقد أسس نظام لهذه الاستراتيجية، الذي يتكون من :

1. الانتباه Attention
2. الاستجابة Response
3. التتابع Order
4. الاكتشاف Exploratory
5. الاجتماعية Social
6. الاتقان Mastrey
7. التحصيل Achievement

ولتعليم الطفل المضطرب، يجب مراعاة تتابع هذه الخطوات، وحتى يكون التعليم فعالا يجب أن نأخذ بعين الاعتبار ما يلي :

1. اختيار المهمة المناسبة .

2. اختيار المكافأة المناسبة عند إنجاز المهمة .

3. المحافظة على درجة من الضبط داخل غرفة الصف .

ويؤكد Hewettعلى ترتيب الصف للمضطربين كما يلي :

أ. مركز الإتقان :Mastrey Center ويصمم من أجل المهارات الكتابية والقرائية والحساب .

ب. مركز التتابع والتنظيم : Order Center ويصمم من أجل تدريب الأطفال على متابعة التعليمات وضبط سلوكاتهم .

ج. مركز الاكتشاف : Exploratory Center ويصمم من أجل العمليات العلمية والفنية ومهارات الاتصال ، حيث يوضع الطفل في المركز المناسب ليتلقى المهمة التي يحتاجها ، عندما يكون جاهزا لتعلمها ، وأن يكملها بنجاح وينال مكافأته . (Kirk, 1979)

2. الاستراتيجية البيئية The Ecological Strategy

يؤكد أصحاب هذه الاستراتيجية بأن مشكلة الأطفال المضطربين تتفاعل مع عناصر البيئة مثل : الأسرة ، والمدرسة ، والمجتمع ، والإطار الاجتماعي السائد في المجتمع ، ويقترحون بأن تكون التدريبات التربوية ذات استراتيجية بحيث يتفاعل الطفل مع النظام الاجتماعي الموجود ، وأن يكون ذلك العمل مشتركا بين المدرسة والأهل ، وذلك لتغير بعض السلوكات لدى الطفل . (Kauffman, 1982)

وعند اختيار الموقف التعليمي اقترح Haring & Philipsما يلي :

1. موقف الصف : يجب أن يكون ضمن مدرسة عادية .

2. حجم الصف : أن يتسع لجميع الإمكانيات والأدوات المتاحة .

3. عدد الأطفال : يتراوح ما بين 8-10 طلاب .

4 . البرنامج الصفي صباحا للموضوعات الأكاديمية، وبعد الظهر لباقي المواضيع .
(Shea, 1978)

3. الاستراتيجية النفسية الدينامية: Psychodynamic strategy

ويشير أصحابها إلى أن مشكلة الاضطراب تكمن في عدم التوازن في الأجزاء الدينامية في الدماغ، وكذلك في مكونات الشخصية (الهو، والأنا، والأنا الأعلى).

لذلك فالأساس الأولي هو تعليم الطفل كيف يساعد نفسه ويدرك حاجاته الخاصة ورغباته ومخاوفه.

ويقول (Newman, Morse, 1971) عن هذه الاستراتيجية بأنها تدعى النظرية التربوية، حيث إن المعالج هو المعلم، لأنه يركز على الشخص نفسه، ومنهاجه، وخبرات النجاح لديه، والعالم الحاضر، واللاشعور. ونستخدم هذا الاتجاه لنساعد الطفل المضطرب لكي يكون مدركا لما حوله وأن يوجد لديه استبصار. وتشير أنا فرويد (Anna Freud, 1954) إلى أنه يجب علينا استخدام تكنيكات الأسلوب النفسي الديناميكي، ونبسطه مع هؤلاء الأطفال، لذلك فإن الاتجاه الفرويدي يقول: بأن نعمل على زيادة مستوى الانتباه، ليس على الماضي بل المشاعر الحالية والتركيز على النواتج لإعادة الانتباه بالبيئة المحيطة بالفرد. (Kirk, 1989)

4. الاستراتيجية النفسية التربوية Psycho Educational Strategy

يشير هذا الاتجاه إلى الظروف التربوية التي يوضع بها الطفل، مما يؤدي إلى تفاعله وزيادة إنتاجه في ذلك الوضع التربوي، وتؤكد على أن كل طفل لديه قوى فطرية بيولوجية كامنة، بحيث تعمل هذه القوى على عمل ما يسمى مجموعة مبكرة من الخبرات والطموحات وإدراك الفرد لذاته، مما يؤدي إلى تحديد السلوكات الجيدة.

وعند دخول الطفل إلى المدرسة، يتوقع منه أن يمتلك المهارات الاجتماعية والقرائية، التي تسمح له بأن يمتلك الصفات والسلوكات الجيدة لكي تؤهله للتعامل في البيت والمدرسة والمجتمع. وضعف الفرد يأتي من عدم قدرته على الموازنة بين متطلباته الداخلية والخارجية، مما يؤدي إلى إصابته بالقلق والإحباط والفشل والاضطراب في السلوك التكيفي (Kirk, 1989).

إدارة الصف في المدرسة العادية:

يوجد الأطفال ذوو المشكلات السلوكية غالبا في صفوف عادية، ويتعلمون عن طريق معلم الصف العادي، ولتحقيق مبدأ الدمج يجب إعداد المعلم في الصف العادي وتدريبه على طريقة التعامل مع هؤلاء الأطفال، وفي حالة وجود معلم الصف العادي، فإن ما يلي يساعده في ضبط السلوك الصفي:

- ضرورة التنسيق بين المدرس العادي ومدرس التربية الخاصة للطفل ومع الطبيب النفسي، والأخصائي النفسي، والتعرف على المعلومات التي لديهم بخصوص هذا الطفل.
- تبليغ الطفل بأن هناك سلوكات متوقعة، وعليه أن يسلكها ويحافظ عليها.
- أن تكون هذه التوقعات واضحة ومؤكدة، وعدم ترك الأمور لتخمينات الطفل حول ما يدور في ذهن المعلم، ويرويه المعلم.
- مكافأة السلوك المرغوب فيه وتجاهل السلوك غير المرغوب فيه.
- التوقعات الواقعية لسلوك الطفل حسب قدراته.
- أن يتعرف المعلم مع الطفل على البيئة المحيطة (البيت، والمعلمين) التي تسبب المشكلة، والعمل عل محاولة تغييرها ما أمكن. (Walker & Shea, 1980)

وبالنسبة لأنظمة صفوف المضطربين سلوكيا وانفعاليا الأخرى فهي:

هناك أنظمة مختلفة لصفوفهم ومن بينها:

1. **الصف الخاص** Special - class

ويكون هذا النظام ملحقا ضمن المدرسة العادية، تعمل بعض هذه الصفوف ضمن اليوم المدرسي، وبعضها يلحق في المراكز الداخلية ويحتوي هذا الصف من 10-8 طلاب من الصباح ولغاية بعد الظهر، ويحتوي الصف على الوسائل والأدوات اللازمة والمساعدة، ويعمل المعلم على:

1. تقييم الطفل بواسطة الاختبارات المقننة وغير المقننة لاختبار القدرات الحركية والمعرفية والأكاديمية لدى الطفل.
2. تطوير أهداف عامة للطفل.
3. وضع خطة تربوية لكل طفل بحيث تقابل احتياجاته الخاصة والسلوكية.
4. تطوير الأدوات التي تحقق الاحتياجات التربوية الفردية والجماعية.
5. تنظيم البيئة الصفية بحيث تقابل احتياجات الطفل.
6. العمل على تدريب الأهل.
7. العمل على الدمج الجزئي، والكامل، في المدرسة العادية.
8. مراقبة سلوك الأطفال خلال النشاطات المستقلة خارج غرفة الصف مثل: الموسيقى، والرحلات، والرياضة، والغذاء، وغيرها.
9. مراقبة مهارات العناية بالذات، والعناية المنزلية، مثل العناية بالحيوانات.
10. مراقبة المهارات الكتابية والإدراكية وجمع النقود (Shea,1978)

ب. غرفة المصادر Resource Room

يلحق هذا النظام المدرسة العادية، وتخدم غرفة المصادر من 40-10 طالبا حيث يعتمد العدد على طبيعة الاضطراب لدى الأطفال وشدته.

ومن مميزات غرفة المصادر:

1. توفر جوا من التعليم الفردي المباشر وبنسبة 75%من اليوم.
2. تحضر الطالب للمدرس في الصف العادي، وذلك بسبب التغيرات الانفعالية المفاجئة، التي تميز الطالب المضطرب.
3. تزود المعلمين بمعرفة نتائج الطلاب وذلك لزيادة دافعيتهم.
4. تقيم تقدم الطالب ضمن غرفة المصادر وضمن الصف العادي.

5. تناقش الآباء والمعلمين معا، وكل على حدة لتوضيح تقدم الطالب، وذلك مرة في الشهر أو كل 10-8 أسابيع.

ووظيفة معلم غرفة المصادر كالمعلم المرشد، يزود الطالب بما يحتاج إليه في الوقت والمستوى المناسب لذلك.

الاعتبارات التربوية في تدريس المضطربين سلوكيا وانفعاليا بدرجة شديدة :

1. أن يتم التعليم بشكل فردي.
2. عدم مشاركة الطلاب في الصفوف العادية حتى يتعلموا بعض المهارات الأولية الضرورية.
3. وضع الأطفال في مدارس خاصة.
4. يجب أن يتميز مدرس هذه الفئة بالعطف والحنان وذلك لمساعدة هؤلاء الأطفال، وأن يكون قادرا على استخدام تكنيكات تعديل السلوك.
5. يجب أن تحتوي مناهج هذه الفئة على المهارات الأساسية اليومية واللغة والمهارات الأكاديمية.
6. أن يتحلى المدرس بالصبر والمثابرة.

الاعتبارات التربوية عند تدريس المضطربين سلوكيا وانفعاليا بدرجة بسيطة ومتوسطة:

1. الميل إلى تقليل استخدام المراكز والمدارس النهارية وأسلوب العزل، ويمكن استخدام غرفة المصادر في تعليم هذه الفئة لبعض الوقت، ودمجهم في الصفوف باقي الوقت.
2. مناهج الأطفال في الصفوف الخاصة، يجب أن تكون موازية لمناهج الأطفال العاديين بحيث يتم تعليمهم القراءة والكتابة والحساب.
3. يجب أن يتحلى مدرس هذه الفئة بالصبر وتحمل المسؤولية.

الاعتبارات التربوية عند دمج الأطفال ذوي الاضطرابات في المدارس العادية:

1 . على مدرس الأطفال العاديين أن يسأل مدرس التربية الخاصة عن سلوك الطفل المضطرب ليكوّن توقعاته عنه .

2 . أن يكون للمدرس توقعات خاصة عن سلوك الطفل وتحصيله .

3 . أن يتعرف المدرس على الاتجاهات السلبية الموجودة عند الطفل من قبل البيئة الاجتماعية .

4 . يجب أن يعلم الطفل في أول لقاء بينهما أن هناك معيارا للسلوك يجب أن يحافظ عليه .

5 . على المدرس أن يعلم الطفل عن ماهية الأشياء المسموح بها وغير المسموح بها .

6 . يجب أن يكون هناك قواعد عامة للسلوك، فعلى المدرس أن يطبق مبدأ الثواب والعقاب في حال ظهور السلوك المرغوب وغير المرغوب فيه . (Kauffman, 1982)

الفصل السادس

بعض أشكال الاضطربات السلوكية والانفعالية

- مقدمة
- النشاط الزائد

تعريفه، ومظاهره، وأسبابه، وقياسه وتشخيصه، وأساليب ضبطه.

- العدوان

تعريفه، ومظاهره، وأسبابه، وقياسه وتشخيصه، وأساليب ضبطه.

- الانسحاب

تعريفه، ومظاهره، وأشكاله، وأسبابه، وقياسه وتشخيصه، وأساليب ضبطه.

- التوحد (الأوتزم)

تعريفه، ونسبة انتشاره، والسلوك خلال السنة الأولى من العمر، والسلوك من سنة وحتى خمس سنوات من العمر، وأسبابه، والتشخيص ومشاكله، والتصنيف وعلاقته بالاضطرابات الأخرى، والعلاج، واستراتيجيات التعليم.

مقدمة

كثيرا ما يجد المعلم نفسه أمام بعض الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطرابات سلوكية وانفعالية تنعكس بشكل مباشر أو غير مباشر على جوانب حياتهم الشخصية والاجتماعية والأكاديمية. ولا ترجع هذه الاضطرابات إلى نمط واحد، ولا تقف عند حدود معينة من التعقيد، كما أنها تتفاوت في الآثار السلبية التي تتركها على حياة الطالب وأسرته ومجتمعه.

يؤثر بعضها على سير العملية التربوية داخل غرفة الصف، والبعض الآخر لا يؤثر.

يحاول هذا الفصل استعراض أمثلة على الاضطرابات السلوكية والانفعالية الخارجية (النشاط الزائد والعدوان)، والداخلية (الانسحاب) وكذلك مثال على الاضطرابات السلوكية والانفعالية قليلة الحدوث (التوحد).

النشاط الزائد Hyperactivity

استخدمت عدة مصطلحات للإشارة إلى هذا الاضطراب، ومن هذه المصطلحات الحركة الزائدة، والنشاط المفرط، والتلف الدماغي البسيط.

تعريف النشاط الزائد

يمكن تعريف النشاط الزائد على أنه نشاط جسمي وحركي حادّ، ومستمر وطويل المدى لدى الطفل، بحيث لا يستطيع التحكم بحركات جسمه، بل يقضي أغلب وقته في الحركة المستمرة، وغالبا ما تكون هذه الظاهرة مصاحبة لحالات إصابات الدماغ، أو قد تكون لأسباب نفسية. ويظهر هذا السلوك غالبا في سن الرابعة حتى سن ما بين (15-14) سنة. (دليل التربية الخاصة، 1993)، (Shea, 1978).

وعندما يرتبط سلوك النشاط الزائد بالمشكلات المتصلة بضبط السلوك الصفي، فإنه

يمكن تعريفه إجرائيا على أنه: الخروج من المقعد والتحدث دون استئذان، والتجول في غرفة الصف وإلقاء الأشياء على الأرض، والإزعاج اللفظي وما إلى ذلك من الأفعال غير الانضباطية.

فالنشاط الزائد هو زيادة في النشاط عن الحد المقبول بشكل مستمر، كما أن كمية الحركة التي يصدرها الطفل لا تكون متناسبة مع عمره الزمني، فعلى سبيل المثال: الأطفال في سن الثانية تكون حركتهم نشطة جدا نحو استكشاف البيئة، لذا فهي تعتبر مناسبة لعمرهم الزمني، إلا أن نشاطا مساويا لهذا من قبل طفل عمره عشر سنوات خلال المناقشة الصفية يعتبر نشاطا غير مناسب. (السرطاوي، سيسالم، 1987).

مظاهر النشاط الزائد

يظهر سلوك النشاط الزائد من خلال المظاهر المتمثلة بسلوك الفوضى والمشي في غرفة الصف، والتحدث إلى الزملاء، وعدم الامتثال للتعليمات، ونقل المقعد من مكان إلى آخر أو تغييره، ومغادرة الصف دون استئذان، والكتابة على الحائط، والتأخر عن موعد الدرس، وهز الجسم أثناء الجلوس، وأخذ ممتلكات الآخرين، وإصدار أصوات غير مفهومة، والضحك بطريقة غير مناسبة، واللعب بممتلكات الغير، والغناء والصفير، والتململ بعصبية.

كما ترافق النشاط الزائد خصائص سلوكية منها: عدم التنظيم، والتهور والاندفاع، والقلق، والعصبية، والقابلية للإثارة، وعدم القدرة على الانتباه، والضعف الشديد في التركيز، ونوبات الغضب الشديدة، وتصرفات غير متوقعة، وتغيرات ملحوظة في المزاج، وعلاقات اجتماعية مضطربة، والعدوان، واضطراب في الوظائف الحركية وغيرها من الخصائص. وهذا كله يقود إلى ضعف في التحصيل المدرسي وإلى مشكلات سلوكية واجتماعية أخرى. (Shea, 1978)

أسباب النشاط الزائد

حاولت نظريات متعددة تفسير النشاط الزائد وتحديد أسبابه، وتشير تلك النظريات

إلى جملة من الأسباب المفترضة للنشاط الزائد، ولما كانت نتائج الدراسات التربوية قد أخفقت في دعم أي من هذه الأسباب المفترضة، يميل الباحثون إلى الاعتقاد بأن النشاط الزائد ليس نتيجة عامل واحد، بل هو نتاج عدة عوامل تتفاعل مع بعضها ، ومن هذه العوامل:

1. العوامل الجينية

أشارت الدراسات إلى وجود علاقة بين العوامل الجينية ومستوى النشاط الزائد، ولكنها فشلت في التوصل إلى علاقة واضحة بين هذه العوامل والنشاط الزائد كظاهرة مرضية.

وتجدر الإشارة هنا، إلى أن الدراسات الجينية الحاسمة لم تنفذ بعد في مجال النشاط الزائد، فالميكانيزمات الجينية يجب أن تعرف بدقة قبل أن يتم التحقق من وجودها، وإذا كانت الدراسات قد اقترحت العناصر الجينية فهي لم تثبت ذلك حتى الآن.

2. العوامل العضوية

أشارت مجموعة من الدراسات أن الأطفال الذين يظهرون نشاطا زائدا هم أطفال تعرضوا أكثر من غيرهم للعوامل التي قد تسبب تلفا دماغيا، ومن الأسباب نشاط الجزء تحت القشري في الدماغ، أو نتيجة ضعف نمائي يعود لأسباب متباينة، مثل الأورام، أو نقص الأكسجين في الأنسجة، ولكن دراسات أخرى وجدت أن النشاط الزائد ليس عرضا ضروريا أو شائعا من أعراض التلف الدماغي. (الخطيب، 1993)

3. العوامل النفسية

أ. المزاج: قد تقود المشكلات في المزاج لدى الأطفال إلى اضطرابات سلوكية أكثر صعوبة، وخاصة عندما يمتعض الوالدان من التهيج الإضافي الذي قد يسببه هؤلاء الأطفال، فالنشاط الزائد لدى الطفل هو طريقة للدفاع عن الذات في وجه الرفض، وبالتالي انخفاض تقدير الذات، وزيادة مستوى التهيج لدى الطفل، ومع الاعتقاد بدور أنماط المزاجية في إحداث سلوك النشاط الزائد لدى الطفل، فإن المزاج بمفرده لا يحدث سلوك النشاط الزائد.

ب. **التعزيز:** قد يؤدي التعزيز الاجتماعي إلى تطور النشاط الزائد أو إلى استمراريته، ففي مرحلة ما قبل المدرسة، يحظى نشاط الطفل بانتباه الآخرين الراشدين وقد يتم تعزيزه، والمشكلة هنا عندما ينتقل هذا الطفل إلى المدرسة وتفرض عليه القيود والتعليمات، فالطفل في هذه الحالة لم يعتد على هذا الموقف، ومن هنا يصبح أكثر نشاطا ليحظى بالتعزيز الاجتماعي الذي كان يحصل عليه في مرحلة ما قبل المدرسة، ولسوء الحظ، فإن الطفل قد يحظى فعلا بالتعزيز عندما يكون نشطا في غرفة الصف، مما يؤدي بدوره إلى زيادة مستوى النشاط الزائد لديه.

ج. **النمذجة:** أشارت نتائج الدراسات إلى أن الطفل الأقل نشاطا يزيد مستوى نشاطه ويصبح قريبا من الطفل الأكثر نشاطا. وقد يكون الوالدان بمثابة نموذج لمستوى نشاط الطفل، وقد يعملان على تعزيزه. على أي حال فلا توجد أدلة علمية كافية تدعم هذا الافتراض.

4. العوامل البيئية

يعتقد أن العوامل البيئية تسبب إثارة كبيرة للجهاز العصبي المركزي، مما يؤدي إلى سلوك النشاط الزائد، ومن هذه العوامل:

أ. **التسمم بالرصاص:** فقد وجدت بعض الدراسات أن وجود نسب عالية من الرصاص في دم الطفل يؤدي إلى النشاط الزائد وضعف الانتباه والاندفاع، والأدلة على هذا الافتراض لم تثبت بعد.

ب. **الإضاءة:** التعرض للإضاءة العادية (كالإضاءة المستخدمة في غرفة الصف) والإضاءة المنبعثة من جهاز التلفاز، قد تؤدي إلى التوتر الإشعاعي الذي يسبب نشاطا زائدا أو ضغوطا بيئية تغير طبيعة الجسم، فينتج النشاط الزائد. ولا توجد أدلة علمية كافية لدعم هذا الافتراض. (الخطيب، 1993)

ج. **المواد المضافة للطعام:** قد أشارت بعض الدراسات إلى أن النشاط الزائد لدى الأطفال قد يرتبط بتناولهم الطعام الذي يحتوي على المواد الحافظة والصابغة التي

تضيف النكهات المختلفة، إضافة إلى حامض السالسليك، وبالمقابل، فقد وجدت دراسات أخرى أنه لا دليل على صحة هذه المعلومات. (برامج في تعديل السلوك، 1988).

قياس النشاط الزائد وتشخيصه

يمكن التعرف على سلوك النشاط الزائد عن طريق قوائم الشطب، وبالتالي إيجاد ضوابط تحكم هذا السلوك فيما بعد.

ولا بد من تقييم الطفل تقييما شاملا، ويوجد عدد من المقاييس التي يمكن استخدامها للتعرف على وجود هذا السلوك عند الطفل، ويعتبر مقياس (Conners) واحدا من الأدوات الحديثة والمعروفة في هذا الصدد.

طرق ضبط النشاط الزائد

مهما يكن سبب سلوك النشاط الزائد عند الطفل، فإن هذه الحالة كثيرا ما تعيق النشاط الصفي، وتؤثر بشكل مباشر على أداء الطلبة، وعلى مقدرة المعلم على تسيير أمور صفه على الوجه الأكمل. تشير الدراسات إلى أن هذه الظاهرة تحتاج إلى تدخل علاجي سريع ومباشر من قبل المعلم، وذلك باتباعه أساليب تعديل السلوك المختلفة بدلا من اللجوء إلى الأدوية والعقاقير والعلاجات المختلفة.

ومن طرق تعديل السلوك المتعلقة بالنشاط الزائد:

1. طريقة التنظيم الذاتي: تشتمل طريقة التنظيم الذاتي على الملاحظة الذاتية، والمتابعة الذاتية، والتعزيز الذاتي.

ويتمثل المبرر الأساسي لاستخدام هذه الطريقة، لمعالجة النشاط الزائد في افتراض أن الطفل الذي يستطيع ضبط نفسه في ظروف معينة، يستطيع تعميم التغيرات التي تطرأ على سلوكه إلى ظروف أخرى، دونما تدخل علاجي خارجي، والتحكم بهذه التغيرات، وضبط سلوكه بناء على ذلك.

2. طريقة التعزيز الرمزي: يستخدم مصطلح التعزيز الرمزي للإشارة إلى مجموعة من الإجراءات المنظمة التي تشمل توظيف المعززات الرمزية لتحقيق الأهداف المنشودة، والمعززات الرمزية هي: رموز يمكن توفيرها مباشرة بعد حدوث السلوك، ويتم استبدالها في وقت لاحق بمعززات مختلفة. ومن الرموز التقليدية المستخدمة في برامج التعزيز الرمزي: الكوبونات، والطوابع، وقصاصات الورق، والقطع البلاستيكية، والأزرار... وغير ذلك من الرموز. (الخطيب، 1993).

على الرغم من أن أخصائي تعديل السلوك أو المعلم يستطيع استخدام عدد من المعززات الرمزية، إلا أنه يفضل استخدام الرموز التي تتصف بما يلي:

1. أن يكون الرمز مأمون الجانب فلا ينطوي إعطاؤه للطفل على أية مخاطر.
2. الامتناع عن استخدام الرموز التي تثير دهشة الطفل، بحيث تدفعه إلى النظر إليها بشكل مستمر أو قراءة ما كتب عليها... إلخ.
3. أن تكون الرموز غير ثمينة، بحيث يمكن الحصول عليها بسهولة نسبيا.
4. استخدام الرموز التي لا تتلف بسهولة، والتي يمكن الاحتفاظ بها فترة زمنية طويلة نسبيا وقابلة للنقل.
5. استخدام الرموز التي يمكن الوصول إليها بسهولة وسرعة، من أجل تقديمها للطفل بعد حدوث السلوك.
6. استخدام الرموز التي يمكن تخصيصها وتمييزها لكل طفل، وذلك بألوان وأحجام وأشكال مختلفة.
7. استخدام الرموز التي يسهل على المعلم تسجيل المعلومات المتعلقة بها.
8. أن تكون ذات فائدة في تعليم الطالب المهارات المختلفة.

3. **طريقة الاسترخاء:** تنطلق هذه الطريقة من افتراض مفاده أن الاسترخاء العضلي يهدئ الطفل ويقلل من تشتته، كما تتضمن هذه الطريقة استخدام الخيال، بهدف

مساعدة الأطفال على تخيل مشاهد تبعث على الراحة في نفوسهم في أثناء الاسترخاء. في دراسة قام بها (كلاين ودفنباشر) تم استخدام الاسترخاء العضلي لمعالجة النشاط الزائد لدى (24) طفلا بنجاح، منطلقين من افتراض أن الاسترخاء العضلي لا بد أن يؤدي إلى تقليل التوتر وزيادة درجة الهدوء لدى الطفل كثير الحركة.

4. **أسلوب التغذية الراجعة:** استخدم كل من (شولمان، وسوران) جهازا الكترونيا يقيس مستوى النشاط الحركي للطفل ويعطي تغذية راجعة سمعية (صوتا مسموعا)، ويعني صدور هذا الصوت أن مستوى النشاط الحركي عند الطفل مرتفع، وفي هذه الحالة يمتنع المعالجون عن تعزيز الطفل. في حين أن عدم صدور الصوت كان يعني أن مستوى النشاط الحركي لدى الطفل منخفض، وبالتالي يعمل المعالجون هنا على تعزيز الطفل.

- العدوان (Aggression)

يعتبر السلوك العدواني أحد الخصائص التي يتصف بها كثير من الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا، ومع أن العدوانية تعتبر سلوكا مألوفا في كل المجتمعات تقريبا، إلا أن هناك درجات من العدوانية، بعضها مقبول ومرغوب كالدفاع عن النفس، والدفاع عن حقوق الآخرين وغير ذلك، وبعضها غير مقبول ويعتبر سلوكا هداما ومزعجا في كثير من الأحيان. من هذا المنطلق، فقد انصب اهتمام الباحثين على دراسة هذا السلوك، وذلك لأن النتائج المترتبة عليه تعد أكثر خطرا على المجتمع من النتائج المترتبة على نتائج السلوكات الأخرى التي يتصف بها الأطفال المضطربون سلوكيا وانفعاليا.

تعريف السلوك العدواني

التعريف التقليدي للسلوك العدواني هو: أي سلوك يعبر عنه بأي رد فعل يهدف إلى إيقاع الأذى أو الألم بالذات أو بالآخرين، أو إلى تخريب ممتلكات الذات أو ممتلكات الآخرين، فالعدوان سلوك وليس انفعالا أو حاجة أو دافعا.

أشار كل من ميلر ودنفر (1982) إلى أن هناك خمسة محكات أساسية نستطيع من خلالها تعريف العدوانية وتحديدها، وهذه المحكات هي :

1. نمط السلوك.
2. شدة السلوك.
3. درجة الألم أو التلف الحاصل.
4. خصائص المعتدي.
5. نوايا المعتدي.

مظاهر السلوك العدواني

يأخذ العدوان الأشكال الرئيسية التالية :

1. **العدوان الجسدي:** ويقصد به السلوك الجسدي المؤذي الموجه نحو الذات أو الآخرين، ويهدف إلى الإيذاء أو إلى خلق الشعور بالخوف، ومن الأمثلة على ذلك : الضرب، والدفع، والركل، وشد الشعر، والعض. . . إلخ. وهذه السلوكات ترافق غالبا نوبات الغضب الشديدة.
2. **العدوان اللفظي:** ويقف عند حدود الكلام الذي يرافق الغضب، والشتم، والسخرية، والتهديد. . . إلخ. وذلك من أجل الإيذاء أو خلق جو من الخوف، وهو كذلك يمكن أن يكون موجها للذات أو للآخرين.
3. **العدوان الرمزي:** ويشمل التعبير بطرق غير لفظية عن احتقار الأفراد الآخرين أو توجيه الإهانة لهم، كالامتناع عن النظر إلى الشخص الذي يكنّ العداء له، أو الامتناع عن تناول ما يقدمه له، أو النظر بطريقة ازدراء وتحقير. (Hallahan & Kuffman,1991), (Shea, 1978)

وقد يأخذ العدون شكلين آخرين وهما :

1. **العدوان الاجتماعي:** ويشمل الأفعال المؤذية التي تهدف إلى ردع اعتداءات الآخرين.

2. العدوان اللا اجتماعي: ويشمل الأفعال المؤذية التي يظلم بها الإنسان نفسه أو يظلم غيره.

وقد يكون العدوان مباشرا أو غير مباشر:

فالعدوان المباشر هو: الفعل العدواني الموجه نحو الشخص الذي أغضب المعتدي فتسبب في سلوك العدوان.

أما العدوان غير المباشر فيتضمن الاعتداء على شخص بديل، وعدم توجيهه نحو الشخص الذي تسبب في غضب المعتدي، وغالبا ما يطلق على هذا النوع من العدوان اسم العدوان البديل.

وقد يكون العدوان متعمدا أو غير متعمد، فالعدوان المتعمد يشير إلى الفعل الذي يقصد من ورائه إلحاق الأذى بالآخرين.

أما العدوان غير المتعمد، فيشير إلى الفعل الذي لم يكن الهدف منه إيقاع الأذى بالآخرين، على الرغم من أنه قد انتهى عمليا بإيقاع الأذى أو إتلاف الممتلكات.

ويميز علماء النفس كذلك بين نوعين من العدوان: العدوان المعادي والعدوان الوسيلي.

العدوان المعادي: موجه نحو الآخرين بهدف إلحاق الأذى والضرر بهم فقط.

أما العدوان الوسيلي: فيقوم به الطفل بدافع الحصول على شيء ما، أو استرداد شيء ما، وعادة ما يقوم الطفل بهذا النوع من العدوان عندما يشعر أن هناك ما يعترض سبيل تحقيقه لهدفه.

كما يذكر البعض ثلاثة أنواع من العدوان تلاحظ لدى الطلبة:

عدوان ناتج عن استفزاز، حيث يدافع الطالب عن نفسه ضد اعتداء أقرانه.

وعدوان ناتج عن غير استفزاز: حيث يهدف الطالب من خلاله إلى السيطرة على أقرانه أو إزعاجهم أو إغاظتهم أو التسلط عليهم.

أما العدوان المصحوب بنوبة الغضب، فيلجأ الطالب من خلاله إلى تحطيم الأشياء من حوله، ويبدو هنا كأنه لا يستطيع أن يضبط غضبه. (دليل التربية الخاصة، 1993).

وأخيرا، لا بد هنا من الإشارة إلى العدوان السلبي، وهو العدوان الناتج عن التمرد على السلطة من أهل ومعلمين، حيث يشعر الطالب بأنهم ظالمون مستبدون، وأنه قد أسيئت معاملته من قبل هؤلاء المتحكمين، وهنا يخاف الطالب من الانتقام بشكل مباشر من مصادر السلطة، فيلجأ إلى إظهار هذا العدوان على شكل خداع مبطن، كأن يتعمد إحضار الكتاب الخاطئ إلى الصف، أو تجاهل الواجبات المدرسية، أو إضاعة السطر أثناء القراءة، أو مقاطعة المعلم بشكل متكرر من أجل الذهاب إلى دورة المياه... إلخ.

أما باترسون وآخرون (Patterson & Others, 1986) فقد وصفوا أشكال السلوك العدواني كالتالي:

1. السب والاستهزاء، كأن يذكر الفرد الوقائع أو المعلومات بلهجة سلبية.
2. التحقير، وهو إطلاق العبارات والشتائم التي تنتقص من قيمة الطرف الآخر وتجعله موضعا للسخرية والضحك.
3. الاستفزاز بالحركات، كالركض في الغرفة أو الخبط على الأرض بقوة.
4. السلبية الجسدية، كمهاجمة شخص لآخر لإلحاق الأذى به.
5. التدمير، وهو تدمير أشياء الآخرين وتخريبها.
6. التزمت بالآراء وطلب الإذعان الفوري من شخص آخر دون مناقشة.

أسباب العدوانية

. باعتبار العدوان أحد الظواهر والموضوعات النفسية الهامة لما يترتب عليه من آثار مدمرة على الفرد نفسه وعلى الآخرين، فقد اهتم به علماء النفس، وحاولوا تفسيره رغم اختلاف مدارسهم واتجاهاتهم، وعلى الرغم من هذا الاهتمام، إلا أن تفسيرات علماء

النفس حول هذا السلوك متباينة، ويرجع هذا التباين إلى الأطر النظرية التي تعتمد عليها كل نظرية أو مدرسة من مدارس علم النفس.

1. **النظرية السلوكية:** تنظر هذه النظرية السلوكية إلى السلوك العدواني على أنه سلوك تتعلمه العضوية، فإذا ضرب الولد شقيقه مثلا وحصل على ما يريد، فإنه سوف يكرر سلوكه العدواني هذا مرة أخرى لكي يحقق هدفا جديدا. من هنا، فالعدوان هو سلوك يتعلمه الطفل لكي يحصل على شيء ما.

2. **نظرية التحليل النفسي:** يرى فرويد صاحب هذه المدرسة، أن سلوك العدوان ما هو إلا تعبير عن غريزة الموت، حيث يسعى الفرد إلى التدمير سواء تجاه نفسه أو تجاه الآخرين، حيث إن الطفل يولد بدافع عدواني، وتتعامل هذه النظرية كذلك مع سلوك العدوان بأنه استجابة غريزية وطرق التعبير عنها متعلمة، فهي تقول: بأنه لا يمكن إيقاف السلوك العدواني أو الحد منه من خلال الضوابط الاجتماعية أو تجنب الإحباط، ولكن ما نستطيع عمله فقط هو تحويل العدوان وتوجيهه نحو أهداف بناءة بدلا من الأهداف التخريبية والهدامة. (Clarizio & Mccoy, 1993)

3. **النظرية الفسيولوجية:** يعتبر ممثلو الاتجاه الفسيولوجي أن السلوك العدواني يظهر بدرجة أكبر عند الأفراد الذين لديهم تلف في الجهاز العصبي (التلف الدماغي)، ويرى فريق آخر بأن هذا السلوك ناتج عن هرمون التستستيرون (Tastesterone) حيث وجدت الدراسات بأنه كلما زادت نسبة هذا الهرمون في الدم، زادت نسبة حدوث السلوك العدواني.

4. **نظرية الإحباط:** ترى هذه النظرية أن سلوك العدوان ينتج عن الإحباط، أي أن الإحباط هو السبب الذي يسبق أي سلوك عدواني، فالإنسان عندما يريد تحقيق هدف معين ويواجه عائقا يحول دون تحقيق الهدف، يتشكل لديه الإحباط الذي يدفعه إلى السلوك العدواني، لكي يحاول الوصول إلى هدفه أو الهدف الذي سيخفف عنده من مقدار الإحباط، وقد يكون هذا الإحباط ناتجا عن المعاقبة الشديدة غير الصحيحة للعدوان في المنزل، مما يسبب ظهوره خارج المنزل. مع

هذا ، فقد تبين بشكل واضح أن هذه النظرية غير كافية لتفسير جميع السلوكات العدوانية . (Clarizio & Mccoy, 1993)

5 . **نظرية التعلم الاجتماعي :** ترى هذه النظرية بأن الأطفال يتعلمون سلوك العدوان عن طريق ملاحظة نماذج العدوان عند والديهم ومدرسيهم ورفاقهم ، حتى النماذج التلفزيونية . . . ومن ثم يقومون بتقليدها ، وتزيد احتمالية ممارستهم للعدوان إذا توفرت لهم الفرص لذلك ، فإذا عوقب الطفل على السلوك المقلد ، فإنه لا يميل إلى تقليده في المرات اللاحقة ، أما إذا كوفئ عليه فسوف يزداد عدد مرات تقليده لهذا السلوك العدواني ، هذه النظرية تعطي أهمية كبيرة لخبرات الطفل السابقة ولعوامل الدافعية المرتكزة على النتائج العدوانية المكتسبة ، والدراسات تؤيد هذه النظرية بشكل كبير ، مبينة أهمية التقليد والمحاكاة في اكتساب السلوك العدواني ، حتى وإن لم يسبق هذا السلوك أي نوع من الإحباط . (Hallahan & Kauffman, 1991)

قياس السلوك لعدواني وتشخيصه

تعتبر عملية قياس السلوك العدواني من إحدى الصعوبات التي يواجهها المهتمون بدراسة هذا السلوك، وذلك لأن هذا السلوك معقد إلى درجة كبيرة ، ولعدم وجود تعريف إجرائي محدد له . تبعا لذلك ، فطرق القياس مختلفة وهي دون شك تعتمد على النظرية التي يدرس الباحث سلوك العدوان في ضوئها . ومن طرق قياس السلوك العدواني :

أ . الملاحظة المباشرة .

ب . قياس السلوك من خلال نتائجه .

ج . المقابلة السلوكية .

د . تقدير الأقران .

هـ . اختبارات الشخصية .

و . تقدير المعلمين (قوائم التقدير) .

ومن القوائم السلوكية المعروفة في هذا المجال، المقياس الذي طوره

(Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott, and Williams,1986)
(Clarizio & Mccoy, 1993)

طرق ضبط السلوك العدواني

من أساليب ضبط السلوك العدواني ما يلي:

1. التعزيز التفاضلي: ويشتمل هذا الإجراء على تعزيز السلوكيات الاجتماعية المرغوب فيها، وتجاهل السلوكات الاجتماعية غير المرغوب فيها. وقد أوضحت الدراسات إمكانية تعديل السلوك العدواني من خلال هذا الإجراء، ففي دراسة قام بها براون وإليوت (Brown & Elliot) استطاع الباحثان تقليل السلوكات العدوانية اللفظية والجسدية لدى مجموعة من الأطفال في الحضانة خلال اتباع المعلمين لهذا الإجراء، حيث طلب منهم الثناء على الأطفال الذين يتفاعلون بشكل إيجابي مع أقرانهم، وتجاهل سلوكاتهم عندما يعتدون على الآخرين.

2. الحرمان المؤقت من اللعب: ويستخدم هذا الأسلوب عادة في حالة وجود طفل عدواني مع زملائه بحيث يلحق بهم الأذى في الحصص والألعاب الجماعية، وقد استخدم بريسكلاد وجاردنر (Brisklad & Gardenor) هذا الإجراء مع طفلة عمرها ثلاث سنوات تحب الصراخ ورمي الأدوات وإيذاء الآخرين من زملائها، وكانت النتيجة تقليل سلوك العدوان عند الطفلة من 45% إلى 41% بعد هذا الإجراء.

3. تقليل الحساسية التدريجي: ويتضمن هذا الأسلوب تعليم الطفل العدواني وتدريبه على استجابات لا تتوافق مع السلوك العدواني كالمهارات الاجتماعية اللازمة، مع تدريبه على الاسترخاء، وذلك حتى يتعلم الطفل كيفية استخدام الاستجابات البديلة وبطريقة تدريجية، وذلك لمواجهة المواقف التي تؤدي إلى ظهور السلوك العدواني. (دليل التربية الخاصة، 1993).

4. أسلوب العزل وثمن الاستجابة: ويتم هنا التوضيح للطفل بأن قيامه بالسلوك العدواني لا يؤدي فقط إلى عدم الحصول على مكافآت، بل إن نتائج سلوكه هذا تعني العقاب.

5. إجراء التصحيح الزائد: وهو قيام الأطفال بسلوكات بديلة للسلوكات العدوانية بشكل متكرر، مثال ذلك: عندما يقوم الطفل بأخذ الأشياء بالقوة من زملائه، يطلب منه إعادتها والاعتذار للمعلمين والزملاء على سلوكه الخاطئ، ويشتمل التصحيح على ثلاثة عناصر أساسية هي:

أ. تحذير الطفل العدواني لفظيا وذلك بقول: لا . . . ويتوقف عن هذا في حالة اعتدائه على طفل آخر.

ب. الممارسة الإيجابية: وتشتمل على الطلب من الطفل لفظيا أن يرفع يده التي ضرب بها الطفل الآخر وأن ينزلها أربعين مرة مباشرة، بعد قيامه بالسلوك العدواني.

ج. إعادة الوضع إلى أفضل مما كان عليه قبل حدوث السلوك العدواني، وذلك من خلال اعتذار الطفل المعتدي إلى الطفل المعتدَى عليه مرات عدة.

6. **النمذجة:** تعتبر طريقة النمذجة من أكثر الطرق فعالية في تعديل السلوك العدواني، ويتم ذلك من خلال تقديم نماذج لاستجابات غير عدوانية للطفل، وذلك في ظروف استفزازية ومثيرة للعدوان، ويمكن القيام بمساعدة الطفل عن طريق لعب الأدوار من أجل استجرار سلوكات غير عدوانية. ويمكن تقديم التعزيز عند حدوث ذلك من أجل منع الطفل من إظهار السلوك العدواني في الموقف. (Hallahan, Kauffman, 1991)

7. **توفير طرق لتفريغ العدوان:** وهنا يتم تقديم وسائل بديلة متنوعة من أجل التخلص من الغضب أو تفريغ النزعات العدوانية مثل اللعب، والتمرينات الرياضية. . . إلخ.

الانسحاب الاجتماعي Social Withdrawal

تعددت المصطلحات والأوصاف التي استخدمت في الدراسات النفسية والتربوية لوصف مفهوم الانسحاب الاجتماعي، ومن أهمها: العزلة الاجتماعية، والانطواء على الذات، والانسحاب الناتج عن القلق.

ماذا يقصد بالانسحاب الاجتماعي؟

عرف معجم علم النفس الانسحاب الاجتماعي بأنه: نمط من السلوك، يتميز عادة بإبعاد الفرد عن نفسه، وعن القيام بمهمات الحياة العادية، ويرافق ذلك إحباط وتوتر وخيبة أمل، كما يتضمن الانسحاب الاجتماعي الابتعاد عن مجرى الحياة الاجتماعية العادية، ويصاحب ذلك عدم التعاون وعدم الشعور بالمسؤولية، وأحيانا الهروب إلى درجة ما من الواقع الذي يعيشه الفرد.

أما كيل وكيتال (Kale , Kayeetal) فقد عرفا الانسحاب الاجتماعي تعريفا إجرائيا مفاده: "الأطفال المنسحبون اجتماعيا، هم أولئك الذين يظهرون درجات متدنية من التفاعلات السلوكية والاجتماعية".

فالانسحاب الاجتماعي بصورة عامة، هو الميل إلى تجنب التفاعل الاجتماعي، والإخفاق في المشاركة في المواقف الاجتماعية بشكل مناسب، والافتقار إلى أساليب التواصل الاجتماعي، ويتراوح هذا السلوك بين عدم إقامة علاقات اجتماعية أو بناء صداقة مع الأقران، إلى كراهية الاتصال بالآخرين والانعزال عن الناس والبيئة المحيطة، وعدم الاكتراث بما يحدث في البيئة المحيطة. وقد يبدأ في سنوات ما قبل المدرسة، ويستمر فترات طويلة، وربما طوال الحياة.

مظاهر الانسحاب الاجتماعي

تتمثل مظاهر الانسحاب الاجتماعي بالعزلة، وانشغال البال، وتجنب المبادرة إلى التحدث مع الآخرين، أو أداء نشاطات مشتركة معهم، وقد يشمل الشعور بعدم الارتياح لمخالطة الآخرين والتفاعل معهم، وهذا السلوك يصاحبه أحيانا عدم الشعور بالسعادة،

ومعاناة تصل إلى حد الاكتئاب، كما قد ينطوي على سلوكات أخرى مثل: القلق، والكسل أو الخمول، والخوف من التعامل مع الآخرين، والخوف من العقاب، وعدم الوعي للذات وإدراكها، والبطء والتلعثم في الكلام، والشعور بالنقص والدونية، وسهولة الانقياد، والخوف من الكبار، وحب الروتين، وعدم الاستجابة للتغيير، والتعبير اللفظي المحدود، ومص الأصبع. (دليل التربية الخاصة، 1993) (Shea, 1978), (Stainback & Stain-back, 1980).

والطفل المنسحب أو المنطوي في العادة يكون مصدر خطر على نفسه وليس على الآخرين المحيطين به، فهو لا يثير المشاكل ولا الضوضاء داخل غرفة الصف، وكثيرا ما يتم وصفه من قبل المعلمين بأنه طفل غير قادر على التواصل، وأنه خجول وحزين، وعادة ما يفشل في المشاركة في الأنشطة المدرسية، وفي تكوين علاقات مع الآخرين. ويكون الأفراد المنسحبين عادة طفوليين في سلوكهم وتصرفاتهم، وأصدقاؤهم قليلون، ونادرا ما يلعب هؤلاء مع الأطفال الذين هم من نفس عمرهم، كما تنقصهم المهارات الاجتماعية اللازمة للاستمتاع بالحياة الاجتماعية، وبعضهم تنمو لديه مخاوف مرضية لأسباب لها، كما أن بعضهم دائم الشكوى والتمارض للابتعاد عن المشاركة في الأنشطة العامة، وبعضهم ينكص إلى مراحل مبكرة من النمو ويطلب المساعدة من الآخرين. (Hallahan, Kauffman, 1991)

يؤدي الانسحاب الاجتماعي إلى عدد محدود جدا من العلاقات الاجتماعية، حيث يظهر هؤلاء الانطواء والحزن وعدم التفاعل. ويسبب الانسحاب الاجتماعي ابتعاد الأقران عن الطفل المنسحب، وعدم اللعب معه سواء في البيت أو في المدرسة، كما أن انسحاب الطفل وابتعاده يتسبب في عدم النضج الاجتماعي، وعدم قدرة على تمثل الأدوار الاجتماعية، ونقصا في التعلم والإدراك الاجتماعي والنمو المعرفي. أما الانسحاب الاجتماعي الشديد فيتضمن عدم الاتصال بالحقيقة، وتطوير عالم خاص والاستغراق الشديد في أحلام اليقظة لدرجة قد تؤدي إلى الوصول بالطفل إلى حالة التوحد. كما أن الأطفال المنسحبين اجتماعيا من هذا النوع، يفتقدون الثقة بالآخرين، وهم غير مبالين، ولا يشتركون مطلقا في المناسبات الاجتماعية.

كما يميل المراهقون المنعزلون إلى تجنب المشاركة في المناقشة الصفية، ولا يطلبون المساعدة من قبل المعلم أو المرشد أو المدير، حتى عندما تواجههم مشكلة ما، كذلك فإن لديهم اتجاهات سلبية نحو أعضاء هيئة التدريس والزملاء والمدرسة بشكل عام. ويتميز هؤلاء بالتردد والتشاؤم حول المستقبل، وعدم الثقة التي قد تصل إلى درجة الشك والسخرية من دوافع الآخرين، وإدراك المجتمع على أنه غير ثابت ومليء بالأشخاص غير الموثوق بهم.

كذلك يجد الأشخاص المنسحبون اجتماعيا صعوبة في تقديم أنفسهم للآخرين، وفي إجراء اتصالات هاتفية، وفي المشاركة في مجموعات. ومن هنا فإنهم يميلون إلى قضاء أوقاتهم في التسلية الفردية، أو ممارسة النشاط الفردي كمشاهدة التلفاز أو الاستماع للراديو أكثر من قضائهم الوقت في التسلية مع الآخرين.

اشكال الانسحاب الاجتماعي

صنف جرينوود وآخرون (Greenwood, et al, 1977) الانسحاب الاجتماعي إلى صنفين هما:

1. **الانسحاب الاجتماعي:** ويتمثل في الأطفال الذين لم يسبق لهم أن أقاموا تفاعلات اجتماعية مع الآخرين، أو أن تفاعلاتهم كانت محدودة، مما يؤدي إلى عدم نمو مهاراتهم الاجتماعية، والخوف من التفاعلات الشخصية.

2. **العزل الاجتماعي أو الرفض:** وهو يتمثل في الأطفال الذين سبق لهم أن أقاموا تفاعلات اجتماعية مع الآخرين في المجتمع، ولكن تم تجاهلهم أو معاملتهم بطريقة سيئة، مما أدى إلى انسحابهم وانعزالهم.

ويصنف كلّ من كوك وأبولوني (Kook, Appolloni) الانسحاب الاجتماعي التفاعلي (Interaction-Social) بالاعتماد على تكرار حدوث السلوك الاجتماعي الذي يقوم به الطفل ونسبته، أي عدد المرات التي يقوم بها الطفل بنشاطاته مثل تمرير كرة إلى الآخرين، والابتسامة، والقيام بالألعاب الاجتماعية المشتركة مع الآخرين. وقد وجد أن

هذا الأسلوب (أسلوب التكرار والنسب) له فائدة في التشخيص الإكلينيكي للانسحاب الاجتماعي.

أما جوتمان(Gottman)، فقد استخدم لتصنيف الانسحاب الاجتماعي، مجموعة من المفاهيم كأدوات اجتماعية مثل: الشهرة، والسمعة، وتكوين صداقات مع الآخرين، والرفض لمجموعات الأقران.

اسباب الانسحاب الاجتماعي

يعتبر سلوك الانسحاب الاجتماعي مظهرا من مظاهر سوء التكيف لدى الأطفال، وهو نمط سلوكي شائع يمكن أن ينتج عن عدة عوامل منها:

1. وجود تلف في الجهاز العصبي المركزي، أو خلل، أو اضطراب في عمل الهرمونات في الجسم.
2. وجود نقص في المهارات الاجتماعية، وعدم معرفة الطفل للقواعد الأساسية لإقامة علاقات مع الآخرين، وعدم التعرض للعلاقات الاجتماعية.
3. خوف الطفل من الآخرين، كما أن خبرات التفاعل الاجتماعي السلبيةالمبكرة مع الأخوة أو الرفاق، تجعل الطفل يتأثر ويبتعد عن مخالطة الآخرين.
4. عدم احترام الطفل وتجاهله من قبل الآخرين، وكذلك تعرضه للأذى والألم يسبب له سلوكا انسحابيا، حيث لوحظ أن سلوك الانسحاب الاجتماعي يظهر أكثر عند الأطفال الذين تعاني أمهاتهم وآباؤهم من اضطرابات سلوكية.
5. رفض الآباء لأبنائهم -سواء كان ذلك مقصودا أو غير مقصود- قد يقود إلى الانسحاب إلى عالم الأماني وأحلام اليقظة. كذلك فإن رفض الوالدين لرفاق الطفل يشعره بشكل مباشر أو غير مباشر، بأن الأصدقاء الذين اختارهم غير جيدين بما فيه الكفاية، مما ينتج عنه شعور الطفل بتدني مفهوم الذات لديه، وكذلك ميله إلى العزلة وتطور الرغبة لديه على الرضا، وتصبح العلاقة مع الآخرين لا قيمة لها بالنسبة له.

6. العادات والتقاليد السائدة في بيئة الفرد، بالإضافة إلى نمط الحياة العائلية، وبخاصة ازدواجية المعاملة بمعنى الضرب والعقاب والتجاهل تارة، والمكافأة والتعزيز تارة أخرى، كل ذلك قد يدفع بالطفل إلى سلوك العزلة الاجتماعية.

7. الخجل: وهو من أكثر أسباب الانسحاب الاجتماعي شيوعا، حيث يحول هذا العامل دون التعبير عن وجهة النظر لدى الفرد الخجول، ويحول كذلك دون التفكير والحديث عن الحقوق بصوت عالٍ، كما يمنع الفرد من مقابلة أناس جدد وتكوين صداقات جديدة.

8. وجود إعاقة عند الطفل تسبب له سلوك العزلة والانطواء، فعلى سبيل المثال، يميل الأطفال المعوقون عقليا إلى الانسحاب والانزواء والبعد عن نشاطات الحياة، فهم يكتفون بالمراقبة والملاحظة والشرود الذهني، والسبب في ذلك كثرة خبرات الفشل المتكرر، ومواقف الإحباط التي يتعرضون لها.

أما المعاقون سمعيا الذين يعانون نقصا واضحا في قدراتهم اللغوية وصعوبة في التواصل مع الآخرين، فإنهم يعيشون في عزلة عن الأفراد السامعين الذين يعجزون عن فهمهم، ولهذا السبب يميل هؤلاء الأفراد إلى الانعزال بسبب تعرضهم المستمر لمواقف الإحباط والشعور بالحرج مما يدفعهم إلى بناء علاقات اجتماعية مع الأفراد من الفئة العمرية نفسها، ويكون ذلك على حساب العلاقات الاجتماعية مع الأشخاص السامعين.

ولا يختلف الأمر كثيرا عند المعاقين بصريا، فبعضهم يتصف بتدني مفهوم الذات وعدم الثقة بالنفس، والإحساس بالفشل والإحباط: ذلك كله ينعكس سلبا على مواقفهم من الآخرين وردود الأفعال المتوقعة من الآخرين نحوهم. كذلك تؤدي الإعاقة الجسمية إلى شعور الفرد بالحساسية الزائدة وتجنب الآخرين خوفا من التحديق بهم وملاحظتهم لردود فعل الآخرين نحو الإعاقة الجسمية الظاهرة، التي ما تنطوي غالبا على العطف والشفقة أو الرفض، وهذا بدوره يمنع الأطفال المعاقين جسميا من اللعب أو حتى إظهار بعض نشاطاتهم، مما يجعلهم يفضلون العزلة على تحمل نظرات الرفض أو العطف من الآخرين.

والإعاقات الخفية أيضا مثل : صعوبات التعلم، والمشكلات اللغوية التي تؤدي إلى ابتعاد الطفل عن مخالطة الآخرين، وتجنب المواقف الاجتماعية . (داود، حمدي، 1989) .

قياس الانسحاب الاجتماعي وتشخيصه

هناك ثلاثة أساليب رئيسية لقياس الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال وهي :

1 . **الملاحظة الطبيعية :** وهي الأكثر استخداما، وتتمتع هذه الطريقة بالصدق الظاهري، حيث إنها تتضمن ملاحظة أنماط تفاعل الطفل في المواقف الطبيعية بشكل مباشر . كذلك فإن هذه الطريقة تمكن الباحثين من قياس سلوك الطفل بشكل متكرر، ودراسة المثيرات القبلية والمثيرات البعدية المرتبطة بسلوكه، وذلك له أهمية كبيرة في تحليل السلوك، وبالتالي وضع الخطط العلاجية المناسبة .

2 . **المقاييس السيسومترية :** وتعرف هذه الطريقة باسم (ترشيح الأقران)، تشمل تقدير الأقران للسلوك الاجتماعي والمكانة الاجتماعية للطفل، وقد أصبحت هذه الطريقة من الطرق المستخدمة على نطاق واسع .

3 . **تقدير المعلمين :** تتضمن هذه الطريقة توظيف قوائم التقدير السلوكية التي يقوم المعلمون باستخدامها لتقييم الانسحاب الاجتماعي للأطفال، وتشمل هذه القوائم جملة من الأنماط السلوكية الاجتماعية التي يطلب من المعلمين تقدير مدى إظهار الطفل لها . (Greenwood, et al, 1977)

ومن قوائم تقدير السلوك الشهيرة التي تعالج في جزء منها سلوك الانسحاب الاجتماعي، القائمة التي أعدها كل من . روس، ولاسي، وبارتون . (Ross, Lacey,. Parton, 1965)

أساليب ضبط سلوك الانسحاب الاجتماعي:

تعتبر أساليب تعديل السلوك من الأساليب التي أثبتت فعالية عالية في خفض سلوك الانسحاب الاجتماعي بشكل ملحوظ، ومن هذه الأساليب :

1. **تشكيل السلوك:** (تشكيل السلوك الاجتماعي المناسب للطفل مع أقرانه)، ويكون ذلك باتباع الخطوات التالية:

أ. تحديد السلوك المستهدف وتعريفه، أي تحديد السلوك الاجتماعي النهائي المراد الوصول إليه، وتعريفه بدقة وموضوعية على شكل هدف سلوكي اجتماعي.

ب. تحديد السلوك المدخلي وتعريفه عن طريق اختيار استجابة قريبة من السلوك الاجتماعي المستهدف، وذلك من أجل تعزيزه وتقويته بهدف صياغة السلوك النهائي، وتسمى هذه الاستجابة بنقطة البداية أو السلوك المدخلي.

ج. اختيار معززات فعالة، وذلك للمحافظة على درجة عالية من الدافعية لدى الطفل، وهذا بدوره يتطلب اختيار المعززات المناسبة في الوقت المناسب.

د. الاستمرارية في تعزيز السلوك المدخلي إلى أن يصبح معدل حدوثه مرتفعا.

هـ. الانتقال تدريجيا من مستوى أداء إلى مستوى أداء آخر للسلوك الاجتماعي المرغوب فيه. (الخطيب، 1990)

2. النمذجة: ويكون ذلك لمساعدة الطفل المنسحب اجتماعيا على ملاحظة نموذج يتفاعل اجتماعيا مع أقرانه بطريقة جيدة، وقيام الطفل بتقليد السلوك الاجتماعي المرغوب فيه، ومن ثم تعزيزه بالطرق المختلفة. ومن أهم العوامل التي تزيد من فعالية طريقة النمذجة في خفض السلوك الانسحابي لدى الطفل ما يلي:

أ. جاذبية النماذج المستخدمة على أن تكون ذات مكانة كبيرة عند الطفل، ومن نفس الجنس.

ب. قدرة الطفل المنسحب على تقليد سلوك النموذج، والاستمرار بأداء السلوك بعد اكتسابه.

3. **التلقين والإخفاء:** التلقين هو إجراء يشتمل على الاستخدام المؤقت لمثيرات تمييزية إضافية مساعدة، وذلك بهدف زيادة احتمالية أداء الطفل للسلوك الاجتماعي المستهدف. ويقسم التلقين إلى ثلاثة أنواع هي:

- التلقين الجسدي : Physical Prompts يشتمل على لمس الطفل جسديا بهدف مساعدته على أداء السلوك، كالمشاركة في الألعاب الجماعية والمناسبات الاجتماعية بشكل مناسب.
- التلقين اللفظي : Verbal Prompts يشتمل على تعليمات لفظية تساعد الطفل في القيام بالسلوك الاجتماعي المناسب.
- التلقين الإيمائي : Gestural Prompts وهو تلقين من خلال الإشارة أو النظر باتجاه معين، أو بطريقة معينة.

أما الإخفاء: فهو الإزالة التدريجية للتلقين، وذلك بهدف مساعدة الطفل المنسحب على أداء السلوك الاجتماعي المستهدف باستقلالية ، ويتم ذلك عن طريق تحديد المثيرات التمييزية الطبيعية التي ستعمل على ضبط الاستجابة بعد التوقف عن استخدام المثيرات التمييزية المساندة، ثم تحديد خطوات الإخفاء، فبعد أن يتضح أن الاستجابة المستهدفة أصبحت تحدث بشكل متواصل من قبل الطفل نتيجة التلقين، هنا يمكن البدء بإخفاء التلقين تدريجيا.

4. **التعزيز الإيجابي:** وتتمثل هذه الطريقة بالانتباه للطفل عند اقترابه من الآخرين وتفاعله معهم، وتعزيز ذلك إيجابيا من قبل المعالج، حيث يقوم بالمبادرة إلى التفاعل الإيجابي مع الطفل حتى يستجيب له. والتعزيز الإيجابي: هو إضافة مثير معين بعد صدور الاستجابة المرغوبة مباشرة، مما يؤدي إلى زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك في المستقبل في المواقف المماثلة، مثل الثناء على الطفل عند قيامه بالمشاركة، والتفاعل مع أقرانه في أثناء اللعب الجماعي.

في دراسة قامت بها (إلين وآخرون)، وأجريت على طفلة في الرابعة من عمرها تعاني من السلوك الانسحابي وعدم التفاعل مع الأطفال الآخرين، تمت مراقبة الطفلة أياما عدة، فلوحظ أن عدم انتباه المعلمين لها كان العامل الذي جعلها تستمر في الانعزال عن الأطفال، ولهذا قرروا أن يجعلوا انتباه المعلمين لتلك الطفلة متوقفا على تفاعلها مع الأطفال فقط،

استمر العلاج ستة أيام، زادت خلالها نسبة تفاعل الطفلة مع الأطفال الآخرين إلى درجة كبيرة، مقارنة بما كانت عليه أثناء مرحلة ما قبل المدرسة. (دليل التربية الخاصة، 1993)

5. **تنظيم ظروف البيئة**: تنظيم الأحداث والمثيرات القبلية في البيئة الاجتماعية للطفل، وذلك بهدف زيادة احتمالات حدوث التفاعل الاجتماعي بينه وبين الأطفال الآخرين، ومما يساعد في ظهور السلوكات المقبولة تدعيم ثقة الطالب بنفسه من خلال مواقف صفية، تعتمد على المشاركة والاحترام المتبادل.

6. **التدريب على المهارات الاجتماعية**: ويكون ذلك باستخدام النمذجة ولعب الأدوار والتعليمات والتغذية الراجعة والتعزيز كزمرة علاجية واحدة متعددة العناصر، وذلك لتنمية المهارات الاجتماعية للطفل المنسحب.

7. **تدريب الرفاق**: يتم بهذه الطريقة تدريب الأطفال الذين يمتلكون مهارات اجتماعية متطورة على التفاعل مع الأطفال المنسحبين، وعلى وجه التحديد، قد يتم تعليم الأطفال وتدريبهم على الاستجابة بطريقة إيجابية للطفل المنسحب، عندما يقترب منهم أو يحاول التفاعل معهم. ويطلق على الطفل الذي يتم تدريبه للعمل على تعديل سلوك الطفل المنسحب اسم الشريك. (الخطيب، 1993).

تعريف التوحد (الأوتزم) What Is Autism?

أوتزم الطفولة إعاقة مثيرة للحيرة، وقد تم وصفها عام1943م من قبل الدكتور Loe kanner، وهو أول بروفيسور في مجال الطب النفسي للأطفال (Cohen, & Coparalo, 1975)

لقد أشار كانر (Kanner) من خلال ملاحظته لسلوكات عدد من الأطفال عددا من الصفات السلوكية التي تبدو له غير عادية، حيث شملت هذه السلوكات الفشل خلال الطفولة في استعمال الكلام كوسيلة اتصال، وعدم القدرة على استخدام مفاهيم غير محسوسة، وعدم الوعي بالناس، واستخدام الوتيرة نفسها في النشاط، وعدم اللعب بطريقة إبداعية "خيالية" بالألعاب مع الأطفال الآخرين. (Wing, 1976)

إن الرأي السائد والمقبول حاليا، هو أن هناك مجموعة من أنماط السلوك الملاحظة تتعاضد معا لتؤلف أعراضا طبية لأوتزم الطفولة.

وقد أثبت التاريخ الطبي أن التسمية والتعريف للأعراض لها فوائد كثيرة، حيث إنها وفرت اكتشاف الأسباب الأولى وطرق التأهيل والوقاية، كما أظهرت الأسباب المرضية والأسباب الاجتماعية. (Wing, 1976)

في أول دراسات (Kanner) عن الأعراض لأوتزم الطفولة (1943-1949)، هناك نقاط اعتبرها أساسيات مهمة في وضع التشخيص وهي:

1. ضعف شديد في التواصل الفعال مع الأشخاص الآخرين.
2. رغبة مفرطة للمحافظة على الروتين والرتابة.
3. الإعجاب بالأشياء التي تمسك باستخدام العضلات الدقيقة.
4. نوع من اللغة لا يبدو أنه يخدم الاتصال الشخصي الداخلي.
5. مستوى من الذكاء وقدرة معرفية جيدة معتمدة على الذاكرة، وتظهر من خلال مهاراتهم على الاختبارات الأدائية.

لقد أكد (Kanner) أن الأنماط السلوكية موجودة منذ الطفولة المبكرة، وهي في معظم الحالات تظهر قبل سن سنتين، ويمكن للأم أن تلاحظ منذ الولادة أن هناك شيئا ما غير عادي عند الطفل، ولكنها لا تستطيع تفسير ذلك.

وقد تلاحظ الأم ذلك من خلال ذبول الطفل، وعدم انتباهه، وعدم ارتياحه بين يديها، وعدم توجيه نظره إليها عندما تقوم بإرضاعه، ومن خلال بكائه المستمر دون سبب. وفي حالات أخرى وعند الإدراك بأن الطفل ينمو بشكل غير طبيعي، وبطيء. وقد تمر سنتان أو ثلاث سنوات قبل أن يدرك الوالدان بشكل أوضح بأن هناك مشكلة ما. (Cohen & Coparulo, 1975)

يعتبر كانر (Kanner) أول من أشار إلى التوحد كاضطراب يحدث في الطفولة، وقد

كان ذلك سنة (1943)، ومنذ ذلك التاريخ استخدمت تسميات مختلفة لهذا الاضطراب مثل توحد الطفولة المبكر(Early Infantile Autism) أو (Early childhood Autism) ذهان الطفولة (Childhood Psychosis)، ومن الناحية التاريخية استخدم مصطلح التوحد في البداية في ميدان الطب النفسي، عندما عرف الفصام، وفي ذلك الوقت كان يستخدم التوحد كوصف لصفة الانسحاب لدى الفصاميين، ثم أصبح هذا المصطلح يستخدم كاسم للدلالة على اضطراب بأكمله. (القريوتي وآخرون، 1995).

ومع ظهور تعريفات عدة للتوحد، فإن تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديون هو الأكثر قبولا بين المهنيين. (National Society for Autistic children)، وينص على أن التوحد عبارة عن المظاهر المرضية الأساسية التي تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى 30 شهرا، ويتضمن الاضطرابات التالية:

1. اضطراب في سرعة أو تتابع النمو.

2. اضطراب في الاستجابات الحسية للمثيرات.

3. اضطراب في الكلام واللغة والمعرفة.

4. اضطراب في التعلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات.

بينما عرفت الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA)التوحد بأنه اضطراب نمائي وليس انفعاليا (APA, 1987).

ويعرف التوحد على أنه حالة غير عادية، لا يقيم فيها الطفل أية علاقة مع الآخرين، ولا يتصل بهم إلا قليلا جدا، والتوحد مصطلح يجب استخدامه بحذر، فهو لا ينطبق على الطفل الذي قد يكون سلوكه الشاذ ناجما عن تلف في الدماغ.

ولا يمكن استخدامه في الحالات التي يرفض فيها الطفل التعاون بسبب خوفه من المحيط غير المألوف، ويمكن أن يصاب الأطفال من أي مستوى من الذكاء، فقد يكون هؤلاء طبيعيين أو أذكياء جدا أو متخلفين عقليا. (الرزاز، وشرف الدين، 1994).

أما الجمعية الأمريكية للتوحد (ASA) (Autism society of America) فتعرف التوحد على أنه إعاقة في النمو، تتصف بكونها مزمنة وشديدة، تظهر في السنوات الثلاثة الأولى من العمر. وهو محصلة لاضطراب عصبي يؤثر سلبا على وظائف الدماغ. (John-son, & Dorman, 1996)

نسبة الانتشار

تقدر نسبة حدوث اضطراب التوحد لدى الأطفال (2.500 -1) ، وهو أكثر شيوعا في حالات (PKU) (التي تبلغ (1500-1) وأقل من نسبة حدوث المنغولية التي تبلغ (1-700) . (Knablock, 1983)

يظهر هذا الاضطراب عند الذكور بنسبة أعلى من الإناث (1-4) ، ولا يميز في انتشاره بين الطبقات الاجتماعية ولا بين الأجناس ولا الخلفيات الثقافية . (Johnson& Dorman, 1996).

وتجدر الإشارة إلى أن هذا الاضطراب قد يظهر لدى أكثر من طفل واحد في العائلة نفسها، وهذه حالة نادرة الحدوث، وتظهر بين شديدي الإعاقة بنسبة 40% -25% ، وكذلك فإن حوالي 80% -70% تكون لديهم أعراض التوحد في مرحلتهم العمرية الأولى. (Cohen & Coparulo, 1975).

السلوك خلال السنة الأولى من العمر:

من الصعب القول بدقة ما هي المظاهر التي تكون للأطفال المتوحدين في فترة النمو الأولى من النمو العادي، أي قبل أن يصبحوا متوحدين وذلك لأن الوالدين يشيرون في بعض الحالات إلى مظاهر من عدم النمو السوي حتى قبل ظهور الأعراض. بعض أطفال التوحد نادرا ما يبكون أو يطلبون أي انتباه، والبعض الآخر يكون على النقيض، فيبدون غير مرتاحين ويصرخون فترات طويلة، ولا يستطيع الأهل إراحتهم مهما قدموا لهم.

غالبا ما يواجه هؤلاء الأطفال مشكلات وصعوبات في إطعامهم ونومهم، وبعد فترة يمكن أن تظهر لديهم الاهتزازات (Rocking)، وضرب الرأس(Head Banding)، وهناك نقص في الاتصال الاجتماعي، وهذا أمر يكون واضحا لديهم حتى وهم أطفال.

وقد يظهر هؤلاء الأطفال اهتماما قليلا بالصوت البشري. بعض أطفال التوحد لا يهيئون أنفسهم لعملية الحمل، وعلى النقيض من ذلك نجد أن بعضهم يستمتعون بعملية الحمل والمرجحة. ومن الممكن أحيانا أن يبتسموا، وقد ينمون في الأوقات المتوقعة كالمشي مثلا.

هؤلاء الأطفال ليس لديهم فضول لاكتشاف البيئة، ولا يشيرون إلى أشياء يريدونها، ولا يجذبون انتباه آبائهم بغرض مشاركتهم في الاهتمام بشيء ما، أو حدث ما، ومن الممكن أن يلعبوا باللعبة نفسها مرات عديدة.

في بعض الحالات، هناك تاريخ مبكر للاهتمام ببعض الخبرات الحسية المحددة، مثل أن يحدق الطفل في مصباح فترات طويلة، أو ينظر إلى جزء محدد من نمط معين في ورق الجدران.

هنالك بعض المخاوف التي ليس لها تفسير عند هؤلاء الأطفال، فقد كان أحد أطفال التوحد يصرخ بشدة كلما رأى إبريق شاي فضي أمامه، ولم يكن يتوقف عن الصراخ حتى يؤخذ من أمام بصره. (Wing, 1976)

السلوك من سنة وحتى 5 سنوات من العمر

إن أنماط سلوك الطفل المتوحد في هذه الفترة تكون واضحة حيث يمكن رؤية ملامح هذه الخصائص في سن سنتين ونصف وحتى خمس سنوات، وقد عبر بعض الآباء عن مشاعرهم بهذه الفترة بالقول: إن الأطفال تكون لهم في هذه الفترة طلبات غير معقولة، ولديهم نوبات من المخاوف. وهذا الطفل في المقابل لا يعطي أي شيء، ولا يشعر بوجود أحد سواه.

إن كل بنود السلوك التي ذكرت سابقا تكون شائعة بين الأطفال المتوحدين، ولكن من النادر أن يظهر الطفل كل هذه الملامح في وقت واحد.

النمو الحركي عادة ما يكون متأخرا، لكنه يكون ضمن المدى الطبيعي، كما يكون الكلام متأخرا في الغالب على الرغم من أنه قد أبلغ في بعض الأحيان عن حالات طورت

نموا لغويا عاديا في عمر سنة إلى سنتين، ثم توقف بعد ذلك، وإذا كان لدينا تاريخ مفصل عن هذا الكلام المبكر، فإنه غالبا ما يكون ترداديا. (Wing, 1976)

خصائص التوحد (الأوتزم)

لقد طور (Mildred Creak) صفاتا أربع من خصائص أطفال التوحد، وذلك بناء على الأعراض التالية:

1. الفشل في إقامة تواصل إنساني أو اجتماعي يصاحبه نقص في تقليد السلوك والتعلم.
2. ضعف في مقدار الدافعية، ويتضمن الفشل في اكتشاف الأشياء في البيئة، وضعف في السرور عند إنجاز المهمات البيئية بإتقان.
3. اضطرابات في الإدراك، ويتضمن تجنب الطفل للمثيرات السمعية والبصرية.
4. خلل في تطور الوظائف المعرفية، فهناك هوة أساسية بين المثيرات الداخلية والخارجية، وهنالك عدم وعي لمفاهيم الزمان والمكان. كما أن اللغة لا تتطور بشكل ملائم.

وقد سمي هذا الطفل بالطفل الآلي (Michanical boy) (Whittaker, 1990)

كما قسمت (Lorna Wing 1976) الاضطرابات إلى قسمين هما: اضطرابات أساسية، واضطرابات ثانوية، وذلك على أساس أن الاضطرابات الثانوية هي سلوكية، يمكن التنبؤ بها كنتائج لأشكال الاضطرابات الأساسية الموجودة لدى أطفال التوحد.

وقد استنتجت (لورنا) الطبيبة النفسية للأطفال والأم لطفل متوحد، أن الأطفال الذين تظهر عليهم علامات التوحد، يمكن اعتبارهم أشباه متوحدين من عينة (914) طفلا معروفا أن لديهم مشكلة، وقد اختارت ودرست 64 حالة وصفتهم كالآتي:

- لديهم مشكلة كبيرة في الاتصال اجتماعيا مع غيرهم، ولا يتجاوبون، وليس لديهم قدرة على الاتصال المباشر مع الآخرين.

- بما أن لديهم مشكلة في اللغة والاتصال، فإن لديهم صعوبة في الفهم واستخدام الإشارات، وليس لديهم تعابير بالوجه إذا قاموا بالاتصال عن طريق العين بالعين.

- ليس لديهم أي اهتمام بالألعاب أو الخيال. (Knablock, 1983) وتذكر دي مير (Demyer, 1979) أن الأفراد الذين يعانون من التوحد لديهم مشكلات سلوكية واضحة منذ الولادة تبدو عند النوم وعند تناول الطعام وعند ارتداء الملابس وعند تعلم المهارات الاستقلالية والمهارات اللغوية والاجتماعية. ويذكر (هيوارد وزميله، 1988) أن هناك خمسة مظاهر تميز حالات التوحد وهي:

- ضعف الاستجابة الحسية نحو الآخرين، إذ لا يستجيب الطفل للمثيرات الحسية التي تصدر أمامه، كالحديث معه أو الابتسام له.

- الانسحاب التام أو العزلة التامة من المواقف الاجتماعية.

- إثارة الذات وبخاصة أشكال الإثارة المتكررة لتحريك أيديهم وأرجلهم.

- إيذاء الذات وبخاصة الإيذاء الجسدي، إلى درجة نزف الدم أو العض.

- الاعتماد على الآخرين حتى في مهارات الحياة اليومية، كتناول الطعام والشراب والاستحمام. (Heward & Orlansky, 1988)

وأيضا من الأعراض الأخرى للتوحد:

- اضطراب معدل النمو للمهارات الجسمية والاجتماعية واللغوية.

- استجابات شاذة للخبرات الحسية، وقد تتأثر حاسة واحدة أو استجابة واحدة أو أكثر كالبصر، والسمع، واللمس، والتوازن، والاستجابة للألم، وغير ذلك.

- الافتقار إلى مهارات الكلام واللغة أو تأخرها، على الرغم من توافر القدرات العقلية المحددة.

- طرق شاذة في التعامل مع الناس والأشياء والأحداث.

وقد يحدث التوحد منفردا أو مصاحبا لاضطراب آخر يؤثر على وظائف الدماغ، مثل اضطرابات الأيض، والصداع، والالتهابات الفيروسية. وفي الحالات الشديدة قد يقوم الطفل التوحدي بإظهار أنماط عنيفة من إيذاء الذات والسلوك النمطي (حركات غير هادفة في النمط نفسه) والسلوك العدواني.

كما أن بعض الأطفال المصابين بالتوحد، يعانون من ضعف عقلي شديد، في حين أن أطفالا آخرين يظهرون قدرات مميزة في الحساب أو في الذاكرة أو الفن، ويفتقرون إلى أية مهارات اجتماعية، وبعض الأطفال لا يتكلمون، وبعضهم يتكلم وإن كان كلامه غير واضح للآخرين من حوله. وينزعج معظم الأطفال المتوحدين من التغيير في بيئتهم. (الخطيب و الحديدي، 1997).

ويبدو على الطفل المصاب بالتوحد كثير من السمات التالية:

- عندما يكون رضيعا: لا يستجيب للحمل والاحتضان.
- عندما يكون أكبر سنا: يتجنب النظر في وجه إنسان آخر، ويمتنع عن إقامة علاقات اتصال مع البالغين، ويشعر عندما يمسك بإنسان كأنه يمسك بقطعة أثاث.
- لا يبدو عليهم أنهم يعرفون ويعون وجوه هويتهم الشخصية، ويحاولون دائما اكتشاف أجسادهم، وإذا تمكنوا من الكلام فلا يعرفون الفرق بين أنا، وأنت، وهي...
- التعلق الاستحواذي بأشياء معينة (كقطعة قماش أو كوب)، وكم يشعرون بالحزن إذا أخذ هذا الشيء منهم.
- يصبحون شديدي الحزن إذا تغيرت البيئة من حولهم كنقل الأثاث من موقعه المعتاد، أو فقد شيء مألوف. وينزعج الطفل إذا خرق الروتين، فأماكن الجلوس ثابتة، وطريقة الاغتسال ثابتة، وأصناف الطعام مألوفة.
- يظهر حزنه بنوبات غضب عنيفة أو بعضّ نفسه، أو بحركات كالقفز والهزّ، وقد تفشل جميع المحاولات لإراحة الطفل مما يعانيه.

- شذوذ الإدراك: حيث يستجيبون بطرق غريبة، وقد يبدون عاجزين عن سماع صوت عالٍ، لكنهم يستجيبون للصوت المنخفض الذي لا يسمعه الآخرون.
- تفتقد أصواتهم إلى النغمة أو التعبير، ولا يفهم الطفل الإيحاءات ولا يستخدمها.
- لا يلعب بطريقة تخيلية، فهو لا يستعمل اللعب لتمثيل الأشياء بطريقة عادية، وقد يستعمل السيارات كمواد بناء بدلا من أن تسير على الطريق. (الرزاز وشرف الدين، 1994)
- على الرغم من كون بعض الأطفال التوحديين متخلفين عقليا، إلا أن بعضهم قد يتميزون بقدرات فوق عادية تشمل الذاكرة القوية (وحساب الأعداد بسرعة أو قدرات موسيقية خارقة).

وحسب الجمعية الأمريكية للتوحد (ASA)، فإن الأطفال المتوحدين

تظهر لديهم الأعراض التالية:

1. **الاتصال**: Communication لديهم ضعف وبطء في تطور اللغة، ويستعملون كلمات ليس لها علاقة بالمعنى الذي يريدون توصيله. ولديهم انتباه قليل.
2. **المهارات الاجتماعية**: يقضون وقتا أطول وحدهم أكثر من وجودهم مع الآخرين، ولديهم اهتمام قليل في تكوين الصداقات، وليس لديهم ردود فعل وطرق تواصل مع عيون الآخرين وابتساماتهم.
3. **الإدراك الحسي**: عادة ما تظهر لديهم ردود أفعال للمثيرات الفيزيائية، مثل الإحساس بالألم، والسمع، والشم، والذوق. ويستجيبون أقل وبواحدة أو أكثر من المثيرات السابقة.
4. **السلوك**: لديهم سلوكات عدوانية نحو الذات، كما أن إحساسهم بالأشخاص حولهم قليل.

قد يكون لديهم قدرات طبيعية في المستوى العادي أو فوق العادي في الذاكرة، بعض

المهارات، ولكن يجدون صعوبة في الاستمتاع في اللعب مع الأصدقاء. وبعضهم يحتاج إلى تعلم مهارات كقطع الشارع والشراء. (ASA) (Johnson, & Dorman, 1996)

الاضطرابات الأساسية

1. مشكلات تؤثر على اللغة Problems Affecting Language

المشكلات المعرفية التي تؤثر على اللغة والتعبير اللغوي هي من الأعراض المهمة والأساسية في أوتزم الطفولة، فلدى أطفال التوحد مشكلات في التعبير اللغوي الذي يتراوح ما بين البكم إلى الكلام الترديدي. (Wing, 1976) وهو يتراوح ما بين الترداد الفوري والمتأخر، فقد يكرر الطفل جملا سمعها في الصباح أو في يوم سابق، ويمكن أن يكرر دعايات التلفزيون. (Heward & Orlansky, 1988)

2. استجابات غير عادية للخبرات الحسية Abnormal Responses To Sensory Experiences

غالبا ما يظهر أطفال التوحد صعوبات في استخدام المعلومات الحسية، فمثلا قد لا يظهر الطفل استجابة للأصوات العالية و التي تكون خلفه مباشرة، لكنه قد يستدير لسماعه صوت خشخشة ورقة الحلوى. وقد تبلغ الأم عن شكها بأن ابنها لا يسمع. كما يظهر الطفل حساسية زائدة لبعض الأصوات، وقد يغطي أذنيه أو يصبح غير مرتاح، ومن جهة أخرى قد يثير اهتمامهم بعض الأصوات مثل النقر على شيء (Tapping) أو قرع الأجراس. (Heward & Orlansky, 1988)

3. فحوصات بصرية غير عادية Abnormalities of Visual Inspection

يستخدم أطفال التوحد البصر المحيطي أكثر من المركزي، كما يدركون أحيانا الأشياء المتحركة أكثر من الثابتة، ويمكن لهم أن يشاهدوا التلفاز من زاوية العين، ويظهر بعض أطفال التوحد تجنبا لمثيرات بصرية محددة، وبخاصة الوجوه الإنسانية.

وقد يستجيب هؤلاء الأطفال لبعض المثيرات البصرية التي تكون ليست ذات دلالة بالنسبة للأطفال الآخرين. (Hallahan & Kauffman, 1991)

وقد يتجاهل الطفل الوجوه البشرية، ولا يستجيب لابتساماتهم، فقد يظن الآخرون أنه كفيف (Heward & Orlansky, 1988).

4. مشكلات التقليد الحركي Problems of Motor Imitation

يجد أطفال التوحد صعوبة في التعلم من خلال المشاهدة أو التقليد وبخاصة إذا كان من اللازم توجيه حركاتهم، وهم يرتكبون أخطاء في معرفة مفاهيم مثل: يسار، يمين، فوق، تحت، خلف، أمام.

وقد تكون هذه المفاهيم مربكة لهم، وتظهر عند الكتابة، وبخاصة في الحروف المتشابهة مثل (d, b). أو (m, w).

5. مشكلات في الضبط الحركي Problems of Motor Control

أطفال الأوتزم يمكن أن يهتزوا أو يلوحوا بأيديهم إلى أرجلهم، أو أن يقفزوا فوق وتحت، وفي بعض الأحيان يتأرجحون على رجل واحدة عند سماعهم الموسيقى. (Wing, 1976)

6. مظاهر من عدم السواء في الوظائف الاستقلالية والضبط الداخلي والنمو والتطور الجسمي Abnormalities of autonomic functions, vestibular control and physical development

هناك أنماط شاذة في النوم والأكل والشرب يمكن أن نجدها لدى بعض أطفال التوحد، فيميل بعض الأطفال إلى سكب كمية كبيرة من الطعام أثناء تناولهم له، ويتضايقون إذا منعوا من ذلك.

وقد لا يكونون قادرين على ارتداء ملابسهم أو استخدام التواليت. (Heward & Orlansky, 1988)

وهنالك جزء من التفسير للمظهر الجسمي الجذاب لأطفال التوحد يندرج تحت عدم النضج لمظهرهم، ودرجة غير معتادة للتناسق في وجوههم، ويظهر بعض الأطفال صغارا بالنسبة لعمرهم، في حين أن البعض يكونون طبيعيين أو فوق المتوسط، لكن بشكل عام يظهر هؤلاء الأطفال أقل من عمرهم. (Wing, 1976)

7. **مهارات خاصة** Special Skills

إن طفل التوحد التقليدي لديه بعض الجوانب التي يكون أداؤه فيها بشكل جيد، بغض النظر عن المشكلة التي لديه، وهي على نوعين:

الأول: مهارات استقلالية غير لفظية كالتي تشاهد عند الأطفال البكم.

الثاني: المهارات التي تعتمد على الذاكرة، التي يمكن إظهارها بسهولة لدى الأطفال الذين يستطيعون الكلام.

مهارات لا تتضمن اللغة: وهذه المهارات تتضمن تجميع الأجزاء الميكانيكية والكهربائية أو (Puzzles)، ويمكن أن يجمعها الطفل بشكل مقلوب رغم أن التجميع صحيح.

وهذه المهارات تكون جيدة عند الطفل، إلا أنها تكون دون مستوى الطفل العادي. معظم هؤلاء الأطفال يحبون الموسيقى، ويمكنهم الغناء بشكل جيد، وهذه القدرة تقل أو تختفي في الطفولة المتأخرة، والقليل من أطفال التوحد الأذكياء يمكنهم تعلم العزف على آلة موسيقية.

8. **المهارات التي تعتمد على الذاكرة** Skills dependent on memory

طفل التوحد التقليدي يبدو أنه قادرا على تخزين بنود في ذاكرته، وهذه البنود التي يتم اختيارها للتخزين لا تظهر عند استخدام أي شيء معياري من قبل أشخاص عاديين، بعض الأطفال يمكن أن يتذكروا كلمات لأغان أو أشعار، أو قائمة طويلة لأسماء بعض الأطفال، ويمكن أن يتذكروا مواعيد القطارات والباصات، وتعتبر هواية خاصة لهم، وبعضهم يبدون قدرة على إجراء عمليات الجمع في ذاكرتهم، ولكن لا يستطيعون توظيف هذه القدرات بطريقة ملائمة، فمثلا طفلة توحدية تستطيع كتابة جدول الضرب من 12-2، ولكن عند سؤالها عن 2 × 3 لا تستطيع الإجابة.

المشكلات السلوكية الثانوية Secondary Behavior Problems

أ. العزلة الاجتماعية الواضحة واللامبالاة:

بالرغم من أن (Kanner) اعتبر ذلك على أنه خلل أساسي، إلا أنه في الواقع تحدث

اللامبالاة من خلال عدد من الأشكال المختلفة للسلوك، فتظهر من محاولاتنا لعناق الطفل، والتي لا تلقى الاهتمام من جهته. ويرجع الآباء ذلك إلى أن الطفل لا يعرف، أو لا يهتم فيما إذا كان وحده أو بصحبة آخرين. كما تظهر من خلال ضعف اللغة المعرفية، ومشكلات الاتصال غير اللفظي، وهذه تتدخل في عملية التفاعل الاجتماعي، وتكون سلوكات هؤلاء مختلفة في المواقف الاجتماعية، حيث تقل في المواقف المألوفة، وكذلك مع الكبار المعروفين لدى الطفل، الذين يفهمون إعاقته.

يصبح هؤلاء الأطفال غالبا، أكثر اجتماعية عندما يكبرون وبخاصة إذا كان هناك زيادة في القدرة على فهم اللغة واستخدامها.

وهناك نقص واضح في الاستجابة للعلاقات مع الأطفال الآخرين، وتبقى هذه غالبا مشكلة حتى في حالة تحسن الاتصال مع الكبار. (Heward & Orlansky, 1988) , (Wing, 1976).

ب. الرفض للتغيير والارتباط بالموضوعات والروتين

Intense resistance to change and attachment to objects and routines

تبرز هذه المشكلة الارتباط بين عدم قدرة الطفل في فهم العالم من حوله وذاكرته الممتازة كما كانت عليه في الخبرة الأولى له، ويضطرب الأطفال في تذكر الأشياء بمجرد حدوث أي تغيير في البيئة المألوفة، لكنه من الصعب التنبؤ بالتغييرات التي سوف تضايقهم، والتغييرات التي سوف يهملونها.

هناك طفل يقبل أن ينتقل من بيت إلى بيت آخر، في حين أنه كان يشعر بالذعر إذا استبدل غطاء سريره بغطاء آخر، وطفل آخر كان يرفض لبس أي ملابس جديدة دون وجود ثورات غضب لديه، كذلك فإن الروتين المعتاد مهم لبعض هؤلاء الأطفال، فيتضايقون بشدة إذا حدث أي تغيير في الروتين.

ج. ردود فعل انفعالية غير ملائمة Inappropriat emotional reactions

قد يكون هنالك نقص في المخاوف من الأخطار الحقيقية عند الأطفال التوحديين، ويروي عدد من الأهالي قصصا عن أبنائهم عندما كانوا يصعدون إلى السطح، ويمشون على

حافة صغيرة، ومن جهة أخرى فإن هذا الطفل نفسه قد يشعر بالذعر من أشياء غير ضارة، أو مواقف معينة ، غرفة معينة مثلا، أو عندما يدخل للاستحمام، أو عندما يلبس حذاءه .

كما أنه ليس لدى الأطفال المتوحدين فهم كبير لمشاعر الأشخاص من حولهم، فقد يضحكون إذا وقع شخص ما، ويمكن أن يكون عندهم نوبات من البكاء والصراخ دون وجود سبب واضح .

د. النقص في التخيل Lake of Imagination

من المشكلات الرئيسية لهؤلاء الأطفال وجود نقص في لعبهم التخيلي، فهم لا يلعبون ألعابا تتطلب التظاهر سواء مع أنفسهم أو مع أطفال آخرين، فمن الصعب على هذا الطفل أن يقلد أفعال أشخاص آخرين، أو أن يبني على هذا التقليد بطرق خلاقة .

الألعاب عادة لا تستخدم من قبلهم كمواد للألعاب التخيلية، فهم يمسكونها ويتذوقونها أو يشمونها .

انتباههم عادة ما يكون مركزا على جزء معين، فقد يركز الطفل انتباهه على الحلق مثلا، ولا يركز على الشخص أو أذنيه، وينتبه إلى عجلات القطار ولا ينتبه للقطار ككل .

هـ. عدم النضج الاجتماعي والصعوبات السلوكية

Socially immature and difficult behavior

هناك صعوبات سلوكية شائعة في حالات التوحد كثورات الغضب، وفترات طويلة من الصراخ، ولا سيما إذا ضبط السلوك بطريقة ما، كما يمكن أن تكون لديهم سلوكات عدوانية مثل ضرب الأطفال الآخرين، أو ضرب المعلم، وإزعاج والديهم بعدم نومهم، كما يمكن أن يدخلوا بيوت الأشخاص الآخرين للبحث عن أشياء يضيفونها إلى مجموعتهم، كما يمكن أن يخلعوا ملابسهم في الشارع . (Wing, 1976) أو يكون لديهم سلوكات في إيذاء الذات، فهم يعضون أنفسهم بشكل شديد بحيث يؤدي إلى نزيف، أو يضربون رؤوسهم بالحائط أو حوافه الحادة أو بالأثاث بحيث يؤدي ذلك إلى ظهور كدمات .

(Heward & Orlansky, 1988)

و. الإثارة الذاتية Self- Stimulation

من أكثر السلوكات التي تظهر عند الطفل الأفعال المتكررة أو النمطية، وقد أبلغ بعض الأهالي أن أطفالهم قد قضوا أياما كاملة يحملقون في الأضواء، أو يلفون حول شيء.

اسباب التوحد Causes of Autism

إن سبب توحد الطفولة غير معروف، وفي الأربعينيات والخمسينيات كانت نظرية التحليل النفسي، والنظرية السيكوديناميكية من أكثر النظريات شيوعا، وكان اللوم يتجه إلى الوالدين كسبب في إعاقة ابنهما.

ومن أكثر الكتاب الذين بحثوا في أن سلوك الآباء سبب في سلوك طفل التوحد بتلهايم (Bettelheim) الذي اقترح أن هؤلاء الأطفال لم تكن تنشئتهم تنشئة سليمة، فتأثر سلوكهم بآبائهم، وقد عدل من وجهة نظره هذه فقال: إن دور الأم في حالات الأوتزم يكون شديدا، ومع ذلك لا نستطيع أن نقول إنها السبب في ذلك. وهو يقول بأن اضطراب الطفل قد يكون بسبب ردود فعل الأم العصابية وبخاصة في مراحل النمو المبكرة. (Whit-taker, 1990)

وكثيرا ما ينصح بفترة علاج نفسي (Psychotherapy) للطفل ولوالديه، وقد كانت نتائج هذه المعالجات مثبطة للعزيمة وهكذا يظهر وكأن الأهل ليس لهم دور في المعالجة، إلا إذا تعرضوا هم أنفسهم للمعالجة، ويظهر أن هذه الفرضية (الأهل هم سبب المشكلة) ما زالت موجودة، والدليل على ذلك أن بعض المراكز الخاصة بهم لا زالت تمنع الأهل من زيارة طفلهم. ويهدف هذا العزل إلى إبعادهم عن مصدر المرض. وفي الوقت الحاضر، هنالك رفض لوجهة نظر النظرية التحليلية بهذا الخصوص، ويعتبر الآن والدي طفل الأوتزم كغيرهم من والدي الأطفال المعاقين، وبالطبع ستكون لديهم مشاعر من عدم الرضا أو عدم التشجيع، كما أن الجمعية الوطنية للأطفال المتوحدين أصبحت تقدم للأهالي المعلومات الكافية، ومعظم الأهالي يطالبون بالحفاظ على الحياة العائلية، وفي معظم الحالات يقوم الأهالي بهذه النشاطات دون مساعدة من المختصين. (Cohen & Caparulo, 1975)

ومن الكتاب الذين عارضوا وجهة النظر البيئية وتحدث عن أسباب بيولوجية للتوحد (Rutter)، وقد تناول نقطتين:

1. أن بعض أطفال التوحد جاؤوا من خلفيات عادية.

2. أن الفترة الحرجة للتوحد هي بين عمر (6 - 0) شهور، إذ ليس لدى الطفل في هذه الفترة وسائل الإدراك الضرورية لاكتشاف رفض الأم له، كذلك فقد أظهر-Rut) (terمن خلال أبحاثه أن الطفل في هذه المرحلة لا يستطيع الفصل بين ذاته والآخرين، فهو يستعمل الأنا للدلالة على نفسه وعلى الآخرين، كما جمع (Condon) أدلة أكثر على وجود أسباب بيولوجية للأوتزم عبر السنوات الماضية من أبحاثه، واستخدم تحليل الاضطراب اللغوي في السلوك الإنساني بما في ذلك أطفال التوحد وصعوبات التعلم، وقد وجد أن كل هؤلاء الأطفال يبدون استجابتهم لصوت معطى لديهم أكثر من مرة، عندما يعطى لهم للمرة الثانية بعد جزء من الثانية أو حتى ثانية كاملة، بينما يأخذ أطفال التوحد وقتا أطول للاستجابة.

وفي سبيل دعم هذه النظرية (البيولوجية) ، فقد أشار الباحثون إلى أنواع متعددة من الدلائل عليها، مثل مشكلات اللغة، والخلل في التأزر الحسي -الحركي، والنمطية في السلوك، وتلف في جزء الدماغ المتعلق بالتوازن والتنسيق، واحتمالية وجود التوحد في أحد التوائم إذا أصيب أحدهما بالتوحد.

كما أن معظم الأطفال المصابين بالتوحد، لديهم موجات دماغية غير طبيعية، وطبيعة وجود التوحد في جميع أنحاء العالم وفي مختلف الطبقات الاجتماعية. كما أن هناك اهتماما متزايدا بخصوص احتمالية أن يكون سبب التوحد هو خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي.

ومع أن سبب الأوتزم يبقى غير واضح، إلا أن هناك دلائل تدعم وجهة النظر البيولوجية، وهذه الأدلة تنفي عن الأهل أنهم السبب في حالة كهذه، وتبين أن الأهل يستجيبون لحالة هذا الطفل أكثر من كونهم سببا فيها، وهنالك عدد من الدراسات التي تشير إلى وجود سبب بيولوجي وإدراكي لطفل التوحد. (Whittaker, 1990)

لقد أجري عدد من الدراسات العصبية والبيولوجية والبيئية من أجل تحديد سبب أو أسباب محددة للتوحد، وكان من نتائجها أنه لم يتم التعرف على سبب محدد يؤدي إلى التوحد، ولكن يعتقد أن السبب ناتج عن خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي نتيجة عوامل غير معروفة. وحديثا فإن وصف أنماط السلوك والأعراض المرتبطة بالتوحد تعتبر هي الأكثر أهمية في التعرف إلى الأشخاص الذين يعانون منه، وبناء على ذلك، فإن التوحد كاضطراب يعتبر متلازمة من الأعراض (Syndrom) (القريوتي، وآخرون 1995).

ومن بين الأسباب التي قد تؤدي إلى التوحد ما يلي:

1. صفات عقلية ملاحظة في تاريخ العائلة.
2. بعض نوبات المرض أو أنواع الحمى التي قد تصيب الطفل قبل عمر السنتين، أو أي نوع من الضغط الذي قد يصاب به الطفل في مراحل الطفولة المبكرة.
3. الأمراض التي قد تصيب الأم الحامل، أو الولادة المبكرة للطفل، أو دخول الأم للمستشفى في أثناء الحمل.
4. المشاكل العائلية مثل هجر الأب للأم أو العكس، أو الانفصال بين الوالدين وبخاصة قبل أن يبلغ الطفل عمر الثالثة.
5. العلاقة بين الأم والطفل عندما يكون نمطها تجاهل الأم للطفل أو العقاب الشديد والمستمر لأدائه لبعض أنماط السلوك الخاطئة، أو عدم قدرته على النطق أو استعمال اللغة بشكل صحيح، مما قد يؤدي إلى عدم القدرة على التواصل مع المجتمع والتكيف مع البيئة، وبالتالي افتقار الطفل إلى تعلم مهارات التواصل مثل الكلام واستعمال اللغة بالشكل السليم.

وبهذا، هناك علاقة بين الوراثة والبيئة تسبب حالة التوحد (Bowley, 1972).

أما بالنسبة إلى الجمعية الأمريكية للتوحد (ASA)، فقد أشارت إلى أن هناك عددا من الأبحاث الطبية التي أجريت ودرست أشكال متنوعة من التوحد، ولكن السبب المؤكد ما

زال غير معروف، حيث ربطت بعض الأبحاث بين التوحد والأعصاب في الدماغ، وفي بعض العائلات قد يرجع السبب إلى عوامل جينية.

معظم النظريات القديمة التي فسرت أسباب التوحد سقطت حاليا، حيث أن التوحد ليس مرضا عقليا، والأطفال المتوحدون ليسوا أطفالا عنيدين أو صعبي المراس، كما أن التوحد ليس بسبب الأهل السيئين، كما أن العوامل السيكولوجية أو النفسية في تطور الأطفال الذين يظهرون أنهم توحديون لا زالت غير معروفة (ASA). (Johnson & Dorman, 1996)

التشخيص Diagnosis

التشخيص عبارة عن عملية تستغرق وقتا وتتضمن ما يلي:

1. التقييم النفسي التربوي.
2. التقييم على أساس اختبارات الذكاء المقننة.
3. مقابلة الوالدين.
4. المراقبة المباشرة لتفاعل الوالدين والطفل.

1. التقييم النفسي التربوي: وهو يزودنا بالأدوات التي يمكن استعمالها مع الأطفال الصغار مثل: فقاعات الصابون، وطين الصلصال، والخرز، والكتب . . . إلخ. وهذه المهمات تصنف ضمن مجموعات وظيفية هي:

1. التقليد والمحاكاة.
2. الملاحظة والإدراك الحسي.
3. السلوك الحركي.
4. تآزر اليد والعين.
5. القدرة على التغيير ومهارات اللغة الاستقبالية.

2 . اختبارات الذكاء المقننة :

الغرض من استخدم هذه الاختبارات هو الحصول على درجة الذكاء عند الطفل، وتطوير قدراته التعليمية، وقد أثبتت الدراسات أن درجة (الذكاء) هي أفضل معيار طويل الأمد ومتوفر، ويعطي نتائج أفضل.

وتكمن أهميتها فيما يلي :

1 . تساعد المعلمين والوالدين على تخطيط توقعات التطور لدى الطفل، فالطفل الذي يتطور بشكل متوسط السرعة يتوقع منه أن يتطور بشكل سريع ومفاجئ من خلال المنهاج العادي للسنة الواحدة.

2 . إن معايير الذكاء تخدم كأداة تذكير لقبول أساسيات إعاقة الطفل.

3 . مقابلة الوالدين والمراقبة المباشرة لتفاعل الوالدين والطفل.

إن مقابلة الوالدين والمراقبة المباشرة للتفاعل بينهما يعطي معلومات أولية وأساسية للتداخل ضمن الأسس الفردية لبيئة تعلم الطفل في البيت والمدرسة، ونحن نعلم أن هنالك علاقة بين حجم العائلة ونمط حياتها ومصادر الدعم المالي لها. فهناك عدد من الأسر أو الوالدين يقومون بنشاطات تعليمية يومية مع أطفالهم، بينما تكون جلسة تدريب من عشر دقائق لأم عاملة ذات دخل قليل ولديها خمسة أطفال آخرين هي أقصى ما يمكن أن نحصل عليه من الأم. وهنالك جهود خاصة لتنسيق الجهود والنشاطات التعليمية في البيت والمدرسة من أجل تعميم التعلم للحد الأقصى الممكن.

كما أن إشراك الوالدين ومناقشتهم تعطي صورة عن طريقة الاتصال والتدخل التي تحدث داخل العائلة، والمعلومات التي يتم الحصول عليها من خلال المناقشة الدقيقة للوالدين أظهرت نماذج من المحادثة والتعابير المستعملة بين الوالدين والمعالج النفسي في العيادة من جهة، وبين المعلم والوالدين من جهة أخرى في غرفة الصف. (Lansing & Schopler, 1976)

لقد أشار كل من (فريمان وريتفو) (Freeman & Ritvo, 1984) إلى أن حوالي 60% من الأشخاص التوحديين أداؤهم أقل من 50 على اختبارات الذكاء، ومع أن كانر قد أعطى وصفا إكلينيكيا للأشخاص التوحديين ، إلا أن فريمان وريتفو أشارا إلى أن كانر لم يكن يحاول أن يطور نظاما موضوعيا للتشخيص .

ولقد صدر تقرير عن الجماعة البريطانية العاملة سنة (1971) و اقترحت فيه قائمة من تسع نقاط عرفت باسم نقاط كريك التسعة (Creak's Nine Points) كي تستخدم في تشخيص الأطفال، وتضمنت القائمة ما يلي :

- اضطراب في العلاقات الانفعالية مع الآخرين .
- عدم الوعي بالهوية الشخصية لدرجة لا تناسب العمر .
- انخراط مرضي بموضوعات محددة .
- مقاومة التغيير في البيئة والمحافظة على الروتين .
- خبرات إدراكية شاذة .
- قلق حاد ومتكرر وغير منطقي .
- فقدان الكلام وعدم اكتسابه أو الفشل في تطويره في المستوى المناسب من العمر .
- اضطراب في الأنماط الحركية .
- تخلف واضح في بعض الجوانب أو وظائف عقلية غير عادية . ولقد انتقد روتر (Rutter, 1966) ولوكير (Lockyear, 1967) هذه النقاط التسع، واستبدلوها بقائمة شطب شملت العلاقات ، والكلام، والحركة، والتركيز، وإيذاء الذات، والاستجابة للألم، والمشكلات السلوكية . (Bowley & Gardner, 1972)
- يجب أن يعتمد التشخيص على الملاحظة لسلوكات هؤلاء الأطفال لمعرفة التواصل لديهم، وتطور مستواهم، وذلك لأن معظم السلوكات الاجتماعية للمتوحدين تظهر مصاحبة لاضطرابات أخرى .

يجب أن يكون الشخص الملاحظ لديه خبرة واسعة حول التوحد، وعلى الوجه الأفضل يجب أن يتم تشخيص الطفل من خلال فريق متكامل من أخصائيين نفسيين، وأخصائي أعصاب، وأخصائي نمو، وأخصائي تربية خاصة، ومعالج نطق.

هناك بعض الأدوات التي تم تطويرها لتساعد الأخصائيين في تشخيص الأطفال التوحديين منها:

1. قائمة شطب سلوك المتوحدين.

Checklist for Autism in Toddler (CHAT)

2. مقياس تقدير الأطفال المتوحدين

Childhood Autism Rating Scale (CARS)

3. مقابلة والدي المتوحدين

Parents Inteview for Autism (PIA)

4. قائمة جليام لتقدير سلوك التوحديين

Gilliam Autism Rating scale (GARS)

5. قائمة تقدير السلوكات للأطفال المتوحدين وغير الأسوياء

Behavior Rating Instrument for Autistic and other Atypical children (BRIAC)

- قد تكون الملاحظة الفردية للقدرات والسلوك غير قادرة على إعطاء صورة واضحة عن الطفل، ويمكن أن يظهر الفرد مع التوحد متخلفا عقليا أو مضطربا سلوكيا، أو لديه مشاكل سمع، ويجب أن نعرف الأساس في هذا الاضطراب، ونعرف كل ما يتعلق به من أمور مصاحبة لنستطيع أن نشخص الحالة ونضع لها برنامج علاج متكامل. (Jhonson & Dorman, 1996)

مشاكل في التشخيص Problems of Diagnosis

يبدو لنا الأمر سهلا من خلال النظريات في الوصف والتشخيص، أما في مجال الخبرة العملية، فإن عملية التعريف والتحديد قد تبدو صعبة لعدة أسباب، أول وأهم هذه الأسباب، هي عدم وجود اختبارات نفسية أو طبية يمكن استخدامها في التشخيص.

كما أن هناك مشاكل في استخدام اللغة في أثناء التشخيص، لذلك يجب أخذ تاريخ الحالة بحذر عند تحديد إذا ما كان الشخص يعاني من توحد. (Everad, 1976) كما أن التشخيص مازال أكبر مشكلات التوحد، وذلك لأن خصائص أو صفات التوحد غالبا ما تشبه اضطرابات أخرى، لذلك يجب الحصول على معلومات دقيقة كي يتم تشخيص الأفراد التوحديين وغيرهم من الأفراد الآخرين في الاضطرابات الأخرى، حيث إن هناك قضية تشابه في السلوك المرتبط بالتوحد باضطرابات أخرى، وهذه الاضطرابات هي الإعاقة العقلية، والإعاقة السمعية، واضطرابات التواصل، واضطرابات أخرى. (القريوتي وآخرون، 1995).

التصنيف Classification

لقد وضعت (ماري كولمان، 1976) رئيسة عيادة أبحاث دماغ الأطفال في واشنطن تصنيفا للأطفال التوحديين، يقع ضمن ثلاث مجموعات هي:

النوع الأول: ظاهرة التوحد الكلاسيكية

تظهر لدى الأطفال في هذه المجموعة علامات في ضعف الجهاز العصبي، ويمكن ملاحظتها في وقت مبكر، كما يمكن لهؤلاء الأطفال تحسين وضعهم ما بين سن 5-7سنوات.

النوع الثاني: ظاهرة انفصام في الطفولة مع علامات التوحد، وهؤلاء مشابهون لأطفال النوع الأول، ولكن بداية ظهوره في وقت متأخر بعد 30 شهرا، وتظهر عليهم علامات نفسية بالإضافة إلى النوع الكلاسيكي الذي عرفه كانر.

النوع الثالث: ظاهرة التوحد بتلف الدماغ .

يظهر عليهم مرض في الجهاز العضوي مثل العمى أو الصمم، وقد أشارت كلومان وآخرون إلى وجود احتمال قوي من أن بعض الأطفال الذين يعتبرون توحديين عند كانر ، لهم أيضا حالات عضوية، وظهرت اختلافات كثيرة في التصرفات بين هؤلاء الأطفال، وهذه الاختلافات تختلف باختلاف العمر . (Knablock, 1983)

كما أن جولد فارب (Goldfarb) أشار إلى نوعين: عضوي وغير عضوي، وأشار إلى ثلاثة انحرافات سلوكية كبرى للتمييز بين هذين النوعين والأطفال العاديين وهي:

1. سلوك استقبالي شاذ يتركز على عدم الانتباه السمعي .
2. اضطراب وعي الذات .
3. اضطراب في التواصل . (Freeman & Ritvo, 1984)

ولقد وضعت الرابطة الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي والأخصائي للاضطرابات العقلية تصنيفا للتوحد الأول يسمى التوحد الطفولي بوجود الأعراض كاملة، والثاني التوحد الطفولي بالأعراض المتبقية . (القريوتي وآخرون، 1995)

الاضطرابات الناتجة عن التوحد

مشاكل اللغة Language Problems

من خلال ملاحظات كانر على الـ(11) طفلا ، قام بإعطاء وصف ممتاز لمشاكل اللغة عند التوحديين، ولسوء الحظ، فإنه قد كتب ملاحظاته قبل تطور النظريات الحديثة للغة، لذلك فقد قام بمقارنة اللغة بين الأطفال العاديين والأطفال التوحديين .

فكرة تشومسكي عن تطور اللغة لها أهمية في هذا المجال، فقد اقترح أن الإنسان بالطبيعة يولد ولديه إمكانية للتعلم، ومما يجدر ذكره أن الأطفال الطبيعيين بين 4-3 سنوات يمكنهم استخدام القواعد لابتداع جمل لم يسمعوها من الآخرين . ويمكنهم استخدام اللغة بمرونة وبراعة وبخاصة في المحادثة مع الآخرين .

وتتطور اللغة الداخلية عند الأطفال الصغار، وتظهر في زيادة استخدامهم واستعمالهم للألعاب الخيالية.

وتقسم مشاكل اللغة إلى عدة أقسام:

أ. اللغة التعبيرية وتتضمن:

1. مشاكل في أسلوب الحديث وصياغته.
2. مشاكل في درجة الصوت وشدته.
3. مشاكل في اللفظ.

ب. اللغة الاستيعابية:

1. قلة المحصول اللغوي عند الطفل.
2. قلة في استخدام الإيماءات: التقليد، وتعبيرات الوجه، وحالات نفسية متعددة بوقت واحد. (Everard, 1976)

مشاكل التعلم Problems of Learning

من خلال قياس ذكاء الأطفال المتوحدين ما بين العمر 7-3 سنوات وملاحظتهم في مجموعات التعليم الصغيرة، تظهر لديهم مشاكل واضحة وصعوبات تعلم. فالأطفال في عمر 5 و 6 سنوات يمكنهم الحصول على نتائج مرضية في الاختبارات البسيطة إذا كانت لديهم قدرة على المشاركة بشكل كاف، وقدرة على مطابقة الألوان، وتمييز الحجم والشكل، وإكمال المتاهات البسيطة.

بعد مضي أسابيع على الطفل الذي بدأ بالاستمتاع لفترات قصيرة في ممارسة نشاطاته عن طريق الاتصال (شخص بشخص مع أقرانه)، وهو بالمحصلة سوف يصل الصور ويضيف الألوان والأشكال، ويقدر الأحجام، ويميز مفهوم الأعداد على البطاقات عن طريق العد والجمع البسيط.

ويكون أحيانا قادرا على قطع (قص) الأوراق لعمل الصور عندما يقيم، ويستطيع أيضا أن يسير على الخط مقلدا النموذج. (Everard, 1976)

اللغة عادة غير موجودة، ويكون الاتصال بلغة غير واضحة أو غير مفهومة، ويتطور التعبير والمفردات التعبيرية ببطء، ويمكن أن تعرف الصور عند ذكر اسمها، ويمكننا ملاحظة أن أحدهم قادر على الاستجابة لاختبار السمع البسيط واختبار المفردات للصور، وهؤلاء الأطفال يمكنهم التعرف على المواضيع الشائعة في هذه الاختبارات، وهم قادرون على التمييز بين المتشابهات والمتضادات، ولكن يجدون صعوبة في فهم الرموز، ولا يستطيعون الربط بين أشكال نماذج الحروف في الكلمات خلال التوصيل.

- عندما يريد الطفل أن يربط بين الرمز والصورة في طريقة لحل المشكلة، فهناك نتائج ضعيفة جدا، وهذا بالتأكيد مرتبط بضعف وإعاقة اللغة.
- لا يظهر معظم الأطفال قدرة فاعلة في الربط بين السمع والنظر، ولكن عندما نعيد ونكرر التدريب نجد أنهم سوف يتعلمون أسماء المواضيع وإخراج الأصوات للقطار مثلا أو السيارة.
- وجود الأطفال ذوي الإعاقة السمعية الشديدة، وعدم القدرة على الكلام وبعض أعراض التوحد في غرفة تحتوي على بعض الأدوات مثل الدراجات، والتراكتورات، ومحركات البخار، تجعل لديهم القدرة على الاتصال مع البيئة. ولكن فهمهم للمحتوى قادر على تطوير قدرتهم اللغوية المحدودة جدا.

الهدف من هذا التعلم مساعدة الطفل على فهم البيئة الحقيقية، تعلم شيء حول الطبيعة والأشياء لتطوير المهارات الأساسية وتطوير الخبرات الحسية لتصبح أكثر ضبطا.

يمكننا أخيرا القول إن الأطفال التوحديين يمكنهم تحقيق تقدم معتبر، ولكن مع وجود صعوبة في التحصيل لديهم. (Bowley, 1972)

مشاكل في الاستجابات غير الطبيعية للخبرات الحسية

1. قدرة غير سوية في الاستجابة للخبرات الحسية.

2. قدرة غير سوية في الاستجابة للإثارة البصرية.

3. قدرة غير سوية في الاستجابة للبرودة والألم.

4. قدرة غير سوية في الاستجابة للمس.

5. أخطاء في الاستجابة حيث تغطية العينين عند سماع صوت عالٍ، وإغلاق الأذنين عند الإثارة البصرية. (Everard, 1976)

مشاكل في مهارات التقليد

1. صعوبة في إتقان المهارة الحركية.

2. مشاكل في تمييز الوسط، واليمين، واليسار، والأمام، والخلف، و أعلى، وأسفل، وفوق، وتحت.

مشاكل في مهارة الضبط

1. يقفز ويرفرف ويضرب بعنف عندما يكون سعيدا.

2. حركات نمطية باليدين أو الرجلين تكسبه مظهرا من الرشاقة والجمال.

المهارات الخاصة

1. المهارات التي لا تتضمن اللغة، مثل: الموسيقى، والمشاريع الميكانيكية، والالكترونية. وقد يظهرون قدرات خاصة عليها. (Everard, 1976)

المشاكل السلوكية Behavior Problems

أ. بعض الأطفال التوحديين خاصة الأقل من 5 سنوات من العمر يظهرون تعلقا بالمستوى الفيزيائي البسيط. هذه المشكلة قد تختفي كلما تقدم العمر من خلال فهم العلاقات بالنسبة للكبار.

ب. فيما يتعلق برد الفعل الانفعالي، يتضمن هذا عدم إدراك معنى الخطر الحقيقي، ولكن هناك خوف مرضي من بعض المواقف أو الأشياء كالضحك، والبكاء،

والاكتئاب لسبب غير محدد حيث الضحك يسبب جرح أحد الأفراد، وتسبب ردود الفعل هذه التدني الملحوظ في القدرة على فهم المعنى الحقيقي للتعبيرات في المواقف.

ج. ضعف في القدرة على التخيل.

ليس لديهم قدرة على اللعب التخيلي بطريقة مبدعة، حيث إن لديهم تدنيا في القدرة على فهم الأهداف والقدرة على الإحساس وفهم المواقف المعقدة، لذلك قد نجد لديهم عدم اهتمام بأعمال المدرسة ونشاطاتها كاللعب والتحدث والمشاركة الاجتماعية.

من الصعب أن نجد أطفالا لديهم جميع المشكلات السابقة، لكن نجد بعض المظاهر الواضحة على الطفل، وليس بسبب تسميته أو تصنيفه.

إذن، الإعاقة أثرت على كل من التعبير واستعمال اللغة المنطوقة وغير المنطوقة، وفي هذه الظروف فإن نمط التعليم المناسب للأطفال التوحديين يكون مهما، بغض النظر إذا كان الطفل مصنفا على أنه توحدي أم لا. (Everard, 1976)

علاقة التوحد بالاضطرابات الأخرى

أ. التوحد والإعاقة العقلية

عندما اقترح كانر (Kanner) محكات لتشخيص التوحد، فقد أشار إلى أن الأفراد التوحديين لديهم قدرات معرفية جيدة. لذلك كانت الإعاقة العقلية مستبعدة، لكن هناك بعض الباحثين من مثل (فريمان وريتفو) أشاروا إلى أن حوالي 57% من التوحديين قدرتهم العقلية في حدود التخلف العقلي.

على الرغم من أن الأداء الوظيفي للتوحديين والمتخلفين عقليا متشابه، إلا أن هناك تفاوتا يظهر من خلال أدائهم المهمات التي تتطلب ذاكرة قصيرة المدى أو مهارات إدراك حركي، في حين يكون أداؤهم أقل في المهمات اللفظية. بينما يكون أداء المعوقين عقليا منخفضا ومتساويا في جوانب الأداء. (القريوتي وآخرون، 1995).

إن هناك عددا من النقاط التي يتميز بها التوحد عن الإعاقة العقلية وهي :

1. المعوقون عقليا يتعلقون بالآخرين ولديهم بعض الوعي الاجتماعي، أما التوحديون فلا يوجد لديهم تعلق حتى مع وجود ذكاء متوسط لديهم.

2. لدى التوحديين قدرة على المهارات غير اللفظية كالإدراك الحركي والبصري.

3. اللغة والقدرة على التواصل تكون مناسبة لمستوى ذكاء المعوقين عقليا، لكن قد تكون غير موجودة لدى المتوحدين، وإن وجدت فإنها تكون غير عادية.

4. وجود العيوب الجسمية لدى المعوقين عقليا أكثر من التوحديين.

5. لدى التوحديين مهارات خاصة تشمل الذاكرة، والموسيقى، والفن... إلخ، ولا توجد لدى المعاقين عقليا.

6. يميز التوحديين وجود السلوكات النمطية الشائعة التي تختلف عن السلوك النمطي عند المعوقين عقليا.

التوحد وفصام الطفولة

كان التوحد يستخدم لوصف أحد الأعراض الرئيسية للفصام، والوحدة، والانسحاب، لذلك كان الباحثون يسمون التوحديين بالفصاميين، ولكن هناك فروقا حديثة نسبيا بين التوحد والفصام أهمها:

1. الفصاميون قادرون على استخدام الرموز، بينما التوحديون غير قادرين على ذلك.

2. التوحديون لا يطورون علاقات اجتماعية مع الآخرين، ويرفضون الاستجابة للأشخاص والبيئة، بينما الفصاميون ممكن أن يطوروا علاقات اجتماعية ويمكن أن يكونوا قلقين ومشوشين حول بيئتهم.

3. الهلاوس والأوهام توجد في الفصام، ولكنها غير موجودة في التوحد.

4. بدء الاضطراب في التوحد قبل الشهر (30) من العمر، ولا يحدث بعد ذلك. لذلك فهو أفضل عامل للتمييز بين التوحد والفصام، حيث يظهر الفصام عادة في بداية المراهقة، أو في عمر متأخر من الطفولة.

التوحد واضطراب التواصل

قد يكون هناك تشابه كبير بين التوحديين وذوي الاضطرابات اللغوية، ولهذا قد يحصل خلط. ولكن مع وجود هذا التشابه، إلا أنه يمكننا التمييز بين الاضطرابين حيث إن الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية عندما يفشلون في استخدام اللغة كوسيلة للتواصل مع الآخرين، فإنهم يلجأون إلى التواصل بالإيماءات وتعبيرات الوجه للتعويض عن مشكلة الكلام، ويتعلمون المفاهيم الأساسية والرموز، بينما الأطفال التوحديون يظهرون إعادة الكلام وبخاصة المتأخر منه.

لهذا تعتبر القابلية للتعلم والتعامل مع الرموز هي الفارق الرئيسي في المجموعتين.

التوحد واضطرابات السمع والبصر

الانسحاب الاجتماعي أو الانزعاج من تغيير الروتين وسلوكات أخرى يمكن أن تظهر من قبل الأطفال الصم، وهو يشبه السلوك الذي يظهره الأطفال المتوحدون. هذه السلوكات تعتبر ثانوية بالنسبة للصم نتيجة لاضطرابهم، ولكنها أولية وأساسية لدى الأطفال التوحديين، حيث إن معظم المتوحدين ليسوا صما، وإذا شكّ بالطفل أنه يعاني من توحد، فيجب أن يتم فحصه لاستبعاد الصمم.

وقد تظهر بعض الاستثارة الذاتية والحركات النمطية لدى المكفوفين تشبه ما يقوم به المتوحدون، ولذلك فإن اضطرابات التوحد في الاستجابة إلى المثيرات البصرية يمكن أن تشير إلى التوحد في أول انطباع.

العلاج

اعتمد التدخل العلاجي والتربوي أساسا على وجهة النظر التي كانت سائدة حول

أسباب التوحد، وحيث إن التوحد كان يعتقد سابقا بأنه اضطراب انفعالي، يساهم الوالدان فيه مساهمة أساسية. فقد كان العلاج عن طريق التحليل النفسي هو الأسلوب السائد حتى السبعينيات. ومن أحد الأهداف الأساسية للتحليل النفسي، إنشاء علاقة قوية مع نموذج يمثل الأم المتساهلة المحبة، أو علاقة لم تستطع أم الطفل التوحدي أن تزوده بها، وهذه العلاقة قد تأخذ سنوات حتى تتطور خلال عملية العلاج النفسي.

ويتضمن العلاج مرحلتين: الأولى يزود المعالج الطفل بأكبر كمية ممكنة من الدعم، وتجنب الإحباط مع التفهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج.

أما الثانية فإنها تركز على تطوير المهارات الاجتماعية، وتتضمن تأجيل الإشباع والإرضاء. معظم برامج المعالجين النفسيين للأطفال المتوحدين كانت تأخذ شكل جلسات للمريض الذي يجب أن يقيم في المستشفى، وتقديم بيئة بناءة من الناحية الانفعالية. (القريوتي وآخرون، 1995)

كما تستخدم طريقة العلاج البيئي، وتتضمن تقديم برامج للطفل تعتمد على الجانب الاجتماعي عن طريق التشجيع والتعلم على إقامة علاقات شخصية.

أما التدخل التربوي فإنه يقوم في الأساس على استخدام إجراءات تعديل السلوك. وتقوم إجراءات تعديل السلوك على أسس موضوعية، وليس على انطباعات ذاتية، كما أنه أسلوب لا يضع اللوم على الوالدين، وعلى العكس من ذلك فإنه يشرك الوالدين في عملية العلاج.

ويجب أن تتضمن البرامج التربوية التركيز على الجوانب اللغوية النطقية عند الطفل التوحدي، وذلك بإجراءات تهدف إلى تحسين التواصل اللغوي الذي يفقده الأطفال التوحديون، بالإضافة إلى إجراءات التعليم المباشر على مهارات أساسية ضرورية في الجوانب الأكاديمية ومهارات الحياة اليومية.

كانت أول محاولة لفهم طبيعة التوحد عام (1943) عند بداية وصفه، والأبحاث القديمة التي أجريت حول أسباب التوحد لم تعد الآن مقبولة، والمعالجة تعني أن نرمم أو

نشفي، وأن نتعمق للداخل، وأن نطبع ونسوي ونرجع إلى الحالة الطبيعية (السواء)، وعلى المستوى العلاجي لا يوجد علاج للمشاكل التي تسبب التوحد والموجودة في الدماغ.

حاليا وجدت هناك طرق لمساعدة التوحديين على فهم واستيعاب أعراض هذا الاضطراب، كما أن بعض سلوكاتهم يمكن أن تتغير إيجابيا. (Johnson & Dorman, 1996)

استراتيجيات التعليم Stertegies for Teaching Autistic

هناك عدة أدلة تشير إلى قدرة المعلم على توفير الدفء والمعاملة التي هي بحد ذاتها مهمة جدا في تغيير تعلم وتصرفات الطفل التوحدي.

ومن العوامل المهمة في الصف: الخلفية، والتهيئة للتدريس، وترسيخ ووضع برنامج لسرعة الاستجابة.

يبدأ جو الصف بأساس آمن وملائم، بحيث يعطي الأطفال المجال للثقة بالكبار، حيث الشعور بالأمان ضروري كخلفية لبدء التدريس للطفل أو للمجموعة، كما أن التحضير للبرنامج والجدول الذي يلبي حاجات الطفل الواحد يساعد ويساهم في التعلم المنظم.

ومن الأمور المهمة أيضا، إيجاد الفرص لجمع مجموعة من الأطفال ومحاولة خلطهم اجتماعيا، واختيار نشاطات تجمع بين أهداف عدة.

وبالنسبة للأطفال التوحديين، فإن ذلك ممكن عن طريق:

أ. محاولة فهم احتياجات الفرد.

ب. وضع توقعات إيجابية وحقيقية وإيصالها للأطفال والآباء.

ج. التكلم مع الأطفال بطريقة مشجعة وسهلة ومناسبة لمستواهم.

د. مشاركة الكبار في النشاطات، ومن ضمنهم الأهل، سواء في البرنامج التعليمي أو أي نشاطات أخرى.

كما يمكن تقديم نماذج من النشاطات اللامنهجية للطفل التوحدي، وتدريب المحاكاة لديه، ومراقبة تقدم لغة الطفل عن طريق منحه فرصا لتقديم أفضل ما لديه.

مثلما لا يوجد سبب معروف لهذا الاضطراب، فلا توجد معالجة معروفة له أيضا، ومن المعالجات الأساسية لهذا الاضطراب ما يلي:

أ. تعديل السلوك.

ب. علاج النطق واللغة.

ج. التركيز على الإحساس وتنمية الأحاسيس.

د. التواصل البصري.

هـ. المعالجة بالموسيقى والاسترخاء.

و. التدريب السمعي.

ز. التغذية والدواء.

ح. العلاج الفيزيائي.

ط. العلاج الوظيفي.

لقد أشارت التجارب والخبرات الفردية مع المتوحدين بأنهم يحتاجون إلى تمارين وأساليب متنوعة في تعليمهم وتعديل سلوكهم، بالاعتماد على الحاجات الفردية للشخص، وعلى الأغلب أقل ما يمكن أن يحتاجه التوحدي يتضمن علاجا لمهارات الاتصال وتطوير المهارات الاجتماعية وتنمية الأحاسيس وتعديل السلوك (Johnson & Dorman, 1996). وتتميز الطريقة الجيدة الفعالة بوجود معلمة واحدة للطالب أو لمجموعة صغيرة جدا وللحصول على نتائج جيدة مع الطفل التوحدي يجب أن يتضمن علاجه: التدريب على مهارات الاتصال الحياتي اليومي في أصغر عمر ممكن له.

كذلك تعليمه كيفية قطع الشارع بأمان، والقيام بعمليات الشراء البسيط، وذلك بالنسبة للذين لديهم على الأقل المستوى العادي من الذكاء.

في الحقيقة يمكن للعائلة والصف والمعلمين أو أي شخص لديه صلة أن يزود بفعالية قدرة الشخص التوحدي على التأهيل في الحياة والمجتمع سواء في الإرشاد والنصح أو في التدريب عن طريق التعاون مع الأخصائيين في هذه الاضطرابات.

بشكل عام، كان يتواجد 90% من الأفراد التوحديين في المراكز، أما اليوم وبعد الاهتمام، ونتيجة للتخطيط الفردي، والخدمات المقدمة لهم عن طريق البرامج، باستثناء من لديهم اضطرابات شديدة فإنه يمكنهم تعلم مهارات تسمح لهم بتطوير قدراتهم الكامنة.

قائمة المراجع

أولا: المراجع العربية

- **برامج تعديل السلوك**، (1988)، مديرية الصحة المدرسية في الإرشاد التربوي والصحة النفسية، عمان، الأردن.
- جرادات، عزت وآخرون، (1983)، **التدريس الفعّال**، عمان.
- حمدان، محمد زياد، (1982)، **تعديل السلوك الصفي**، مؤسسة الرسالة، الأردن.
- الخطيب، جمال، (1990)، **تعديل السلوك والقوانين والإجراءات**، جمعية عمّال المطابع التعاونية، عمان، الأردن.
- الخطيب، جمال، (1993)، **المشكلات التعليمية والسلوكية**، الشارقة، الإمارات العربية المتحدة.
- الخطيب، جمال، ومنى الحديدي، (1997)، **المدخل إلى التربية الخاصة**، ط1، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، العين، الإمارات العربية المتحدة.
- داوود، نسيمة، حمدي، نزيه، (1989)، **مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها** (مترجم)، الطبعة الأولى، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- **دليل التربية الخاصة للمعلم والمرشد والمشرف التربوي**، (1993)، صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي التطوعي الأردني بالتعاون مع وزارة التربية والتعليم، ط٢، مطبعة الصفدي، عمان، الأردن.
- الرزاز، عفيف وشرف الدين، (1994)، **دليل تعليم الأطفال المعوقين عقليا**، مترجم.
- الروسان، فاروق، (1998)، **سيكولوجية الأطفال غير العاديين (مقدمة في التربية الخاصة)**، الطبعة الثانية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع - عمان.

- زيغور، علي، (1984) ، **مذاهب علم النفس**، دار الأندلس، بيروت، لبنان.

- السرطاوي، زيدان، سيسالم، كمال، (1987) ، **المعوقون أكاديميا وسلوكيا: خصائصهم وأساليب تربيتهم**، دار عالم الكتب للنشر والتوزيع، ط١، الرياض، المملكة العربية السعودية.

- عبد الرحيم، فتحي السيد، (1982) ، **سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة**، دار القلم، الكويت.

- القريوتي، يوسف، السرطاوي، عبد العزيز، والصمادي، جميل، (1995)، **مدخل إلى التربية الخاصة**، دار العلم للنشر، دبي.

- قطامي، يوسف، (1989) ، **سيكولوجية التعلم والتعليم الصفي**، عمان، دار الشروق.

ثانيا: المراجع الأجنبية

Axline, Virginia Mae, (1975) **Dibs: in search of self personality development in play therapy.** Harmonds worth, Eng: Penguin Books.

Bergan, J. (1977) , **Behavioral consultation**. Colum, Ohio: Merrill.

Bower, E. (1969). **The early identification of emotionally handicapped children in school** (2nd ed.) spring field, Illinois:Charles c. Thomas.

Bower, F.M. (1978), Pathways upstream: Risks and realities of early screening efforts. **American journal of the psychiatry**, 84, 131-139.

Bowley, Gardener, (1972), **The Handicapped child educational and psychological guidance for the organically handicapped**, Edinburgh: Living stone.

CLarizio H. (1980), **Toward possitive classroom discipLine**. (Third ed). John wiky of sons.

Clarizio, Harvy, and George, mccoy, (1993), **Behavior disorders in children.** (Third ed). Harper & row. New York.

Cohen, Donald J and Caparulo, Barbara, (1975), Childhood autism. **Children today**, July, August.

Compton. C, (1980), A **Guide to 65 tests for special education. Pitman learning, Inc. California.**

Cruickshank, W. M., Bentzen, F. A., Ratzeburg, F. H., and Tannhauser, M. T (1981) **Teaching methodologies for brain injured and hyperactive children**. Syracuse, N. Y. Syracuse university Press.

Dunn, Iloyd, (1973). **Exceptional children in the schools**. (2nd ed). New York: Holt, Rinehart and winston.

Ehlers and Walter et all, (1973), **An Introduction to mental retardation a programmed text,** Columbus, Merril.

Everard, Margaret, (1976), **An approach to teaching autistic children**. Oxford: Pergamon.

Freeman, B., & Ritvo, E. (1984), "The syndrome of autism: establishing the diagnosis and principles of management", **Pediatric Anals**, Vo 1. 31, no 4.

Greenwood C. R, Walker H.M, & Hops, (1977), Issues in social Interaction, withdrawal assessment, **Exceptional Children**, Vol (43).

Hallahan, D. & Kauffman, J (1978). **Exceptional children: introduction to special education**, Prentic - Hall, INC. Englewood cliffs, New Jersey. U. S. A.

Hallahan, Daniel P, and Kauffman, James M., (1982), **Exceptional children: Introduction to special education**, (2nd ed), Prentic-Hall, Inc, U. S. A.

Hallahan, D & Kauffman, J. (1991) **Exceptional children: Introduction to special education**. (5th ed). Prentic - Hall. Inc, Englewood cliffs, New Jersey.

Heward, W. & Orlansky, M. (1988) **Exceptional children: An Introductory survey of special education** (3rd ed). Charles E. Merrill Publishing company.

Hewett, F. M. (1968) **The emotionally disturbed child in the classroom.** Boston: Allyn & Bacon, Inc.

Johnson, Catriana and Dorman, Ben, (1996), **What is autism?.**

Kauffman, J. (1989) **Characteristics of children's behavior disorders** (4th ed). Columbus, Ohio Charles E. Merril.

Kazdin, Alan E. (1976), **Behavior modification in applied settings.**, Home wood: The Dorsey.

Knablock, Peter., (1983), **Teaching emotional disturbed children**, Boston: Houghton Mifflin.

Kirk, Samuel & Gallagher, James (1989). **Educating exceptinal children** (6th ed). Boston: Houghton Mifflin company.

Lansing, M and Schopler, E, (1976), **Individualized education, a public school model in autism.** Edited by Micheal Rutter & Eric Schopler, Plenum Press, New York.

Lazarus. P, & Strichart, s. (1986), **Psycho educational evaluation of children and adolescents with low - Incidence handicaps.** Gurne & straton, Inc. Orlando, Florida.

Lewis. R, and Mcloughlin, J. (1981), **Assessing special students: students strategies and procedures**. Merril company. Columbus.

Mcdaniel, Jannes, (1976), **Physical disability and human behavior** (2nd ed), pergamon Press, New York.

Millman, Howard L, (1981), **Therapies for school behavior problems**. San Francisco: Jossey - Bass.

Moos, R.(1979) **Evaluating educational environments: Procedures, measurs, findings, and policy implication.** San Francisco: Jossey - Bass.

Newcomer, P,(1980) **Understanding and teaching emotionals disturbed children**, Allyn & Bacon, Inc.

O'leary, K .Daniel , and Terence Wilson, (1975), **Autism: behavioral approaches to treatment in behavioral therapy application and out come.** Englewood (cliffs: Prentic Hall).

O'leary, Dannial K. et al , (1977) **Classroom management** (2nd ed), Pergamon Press.

Patterson, (1986), **Theories of counseling & psychotherapy**. Harper and row, New York.

Paul. J, and Epanchin, C. (1992) **Emotional disturbance in children. Theories & methods for teachers**. Merril publishing company, Columbus.

Quay, H. (1975). **Classification in the treatment of delinquency and antisocial behavior, Issues in the classification of children**. (vol.1) San Francisco : Jossey - Bass.

Rhodes, William & Tracy, Micheal, (1984). "**A study of child variance conceptual models**". The university of Michigan Press, Michigan, U. S. A.

Rimland, B. (1964) **Infantile autism**. New York: Appleton - Century - Crofts.

Rubin, R. A, Balow. B. (1978) Prevalence of teacher identified, **Exceptional children** vol. 45.

Shea, Thomas M. (1978), **Teaching children and youth with behavior disorders,** The c.v. Mosby company, U. S. A.

Stainback s, and Stainback w., (1980), **Educating children with severe maladaptive behaviors,** Grune & startton, New York,

Steven J. Apter & Conoley J, (1984), **Childhood behavior disorders and emotional disturbance: An introduction to teach troubled children,** Englewood cliffs: prentic hall.

Smith, Deborah D and luckasson R. (1992), **Introduction to special education, teaching in an age of challenge,** Allyn and Bacon, U. S. A.

Swanson, H. (1984), **Teaching strategies for children in conflict.** Mosby college publishing.

Uhlin, Donald M, (1984) **Art for exceptional children** (Third edition), Duubugae: wm. C. Brown.

Wallace G, and Kauffman J, (1986), **Teaching students with learning and behavior problems.**

Walker. J. & Shea, (1980), **Behavior modification,** st. Louis. C. v. mosby.

Whittaker James K, (1990) Causes of childhood disorders: new findings, **National association of social workers**, vol. 21, March.

Woody, R. H, (1969). **Behavioral problems children in the schools: recognition, diagnosis, and behavioral modification.** New York: Appleton - century crofts.

William R. and Van Osdol, (1977), **An introduction to exceptional children.** C. Brown publishers.

Wing, John K, (1976), **Kanner's syndrome in early childhood autism.** Pergamon Press, New York.

Wing, Lorna, (1976), **Diagnosis, clinical description and prognosis in early childhood autism**. Oxford: Pengamon.

معجم المصطلحات

(إنجليزي - عربي)

Achievement	تحصيل
Adaptation	تكيف
Aggression	عدوان
Anal stage	المرحلة الشرجية
Anemia	فقر الدم
Anxiety	قلق
Arousal factor	العوامل المثوّرة
Assimilation	تمثيل
Attention	انتباه
Atypical children	أطفال غير أسوياء
Autonomic functions	الوظائف الاستقلالية
Autism	توحد
Behavior disorders	اضطرابات سلوكية
Behavior modification strategy	استراتيجية تعديل السلوك
Behavior settengs	مواقف السلوك
Behavior problems checklist	قائمة شطب للمشاكل السلوكية
Brain damage	تلف دماغي
Biochemical factors	العوامل البيوكيميائية
Biophysical intervention	التدخل البيوفسيولوجي

Causes	أسباب
Checklist	قائمة شطب
Childhood psychosis	ذهان الطفولة
Chronic disobedience	تمرد مزمن
Classification	تصنيف
Clubfoot	القدم المشوهة
Clinical interviews	مقابلات إكلينيكية
Comprehension	استيعاب
Compulsive	قسرية
Communication	اتصال
Conduct disorders	اضطرابات التصرف
Creativ movements	حركات إبداعية
Dance	رقص
Definition	التعريف
Delinquent	انحراف
Developmental factors	العوامل النمائية
Developmental strategy	الاستراتيجية التطورية
Diagnosis	تشخيص
Dimensional approach	متعدد الأبعاد
Disruptive behavior	سلوك فوضوي
Early childhood autism	توحد الطفولة المبكر
Early infantile autism	توحد الطفولة المبكر
Ecosystem	نظام

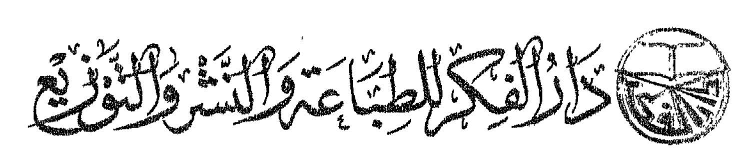
Ecological intervention	التدخل البيئي
Ecological strategy	الاستراتيجية البيئية
Ectomerphy	الجلدي
Emotionally disturbances	اضطرابات انفعالية
Emotionally handicap	إعاقة انفعالية
Exploratory	اكتشاف
Expulsion	تتابع
Expressive arts	فن تعبيري
External environment	البيئة الخارجية
Evaluation	تقييم
Ego	الأنا
Free play	اللعب الحر
Fixation	تثبيت
Gential	جنسية
Genetic	جينية / وراثية
Genetic factors	العوامل الوراثية
Gestural prompts	تلقين إيمائي
Head banding	ضرب الرأس
Hemophilia	نزعة وراثية إلى النزف الدموي
Hyperactivity	حركة زائدة أو نشاط زائد
Hypoactivity	قلة النشاط (الخمول)
Id	الهو
Identification	تعرف

Immaturity	عدم النضج
Inattentiveness	عدم الانتباه
Inappropriat emotional reactions	ردود فعل انفعالية غير ملائمة
Inefficient interpersonal relations	علاقات شخصية غير فعالة
Instability	عدم استقرار
Impulsivity	اندفاع / تهور
Lacke of imagination	نقص في التخيل
Latency period	مرحلة الكمون
Location	موقع
Mastrey	إتقان
Memory	ذاكرة
Modling	النموذج / نمذجة
Mental health	صحة عقلية
Mesomorphy	العظمي
Motivational problems	مشاكل الدافعية
Motor imitation	التقليد الحركي
Motor control	الضبط الحركي
Multiple ratings	التقديرات المتعددة
Music	موسيقى
Negativism	سلبية
Negative reinforcement	تعزيز سلبي
Neurological	عصبية
Neurological factors	العوامل العصبية- النيورولوجية

Oral stage	المرحلة الفمية
Order	تتابع
Over competitveness	التنافس الشديد
Over correction	التصحيح الزائد
Parasympathetic	الباراسمبثاوي
Parents ratings	تقديرات الوالدين
Peers ratings	تقديرات الأقران
Perceptual factors	العوامل الإدراكية
Personality	شخصية
Personality disorders	اضطرابات الشخصية
Persistence	الاستمرارية
Phallic stage	المرحلة القضيبية
Physical development	النمو الجسمي
Physical aggression	عدوان جسدي
Physical prompts	تلقين جسدي
Psychodynamic strategy	الاستراتيجية النفسية الدينامية
Psycho somatic complaints	الشكوى من علل نفس جسمية
Psycho educational strategy	الاستراتيجية النفسية التربوية
Psychotherapy	علاج نفسي
Play therapy	العلاج باللعب
Poor self - concept	مفهوم ذات متدن
Possitive reinforcement	تعزيز إيجابي
Prevalence	الانتشار

Project of re - education	مشروع إعادة التعليم
Punishment	عقاب
Puppets	دمى
Rating scale	مقياس تقدير
Resource room	غرفة مصادر
Responses	استجابات
Response cost	ثمن الاستجابة
Re education	إعادة التعليم
Rocking	اهتزاز
Schizophrenia	الفصام
Screening	كشف
Secondary behavior problems	مشكلات سلوكية ثانوية
Self rating	تقدير الذات
Self - stimulation	الإثارة الذاتية
Sensory experiences	خبرات حسية
Social	اجتماعي
Social immaturity	عدم النضج الاجتماعي
Social maladjustment	سوء التوافق الاجتماعي
Social withdrawal	الانسحاب الاجتماعي
Socialized delinquency	انحراف اجتماعي
Special class	صف خاص
Special skills	مهارات خاصة
Spoken word	كلمة منطوقة

Structure	بناء
Sympathetic	سمبثاوي
Super ego	الأنا الأعلى
Suecession	الإخراج (الإحالة)
Tapping	النقر
Teachers ratings	تقديرات المعلمين
Techniques	إجراءات
Three dimensional arts	الفن ذو الأبعاد الثلاثة
Time - out	عزل / إقصاء
Two dimensional arts	الفن ذو البعدين
Verbal aggression	عدوان لفظي
Verbal prompts	تلقين لفظي
Vestibular control	الضبط الداخلي
Written word	كلمة مكتوبة
Withdrawal	انسحاب



عمان - ساحة الجامع الحسيني سوق البتراء - عمارة الحجيري
هاتف ١٢١٩٣٨ ٤ - فاكس ٤٦٥٤٧٦١
ص.ب. ١٨١٥٢٠ عمان ١١١١٨ الأردن

ISBN 9957-07-159-9 (ردمك)